

APTO MÉDICO

Por la presente dejo constancia de haber examinado clínicamente a _____ a _____
DNI N° _____ de _____ años de
edad y que se encuentra APTO físicamente para participar en la carrera de calle "UNSTA YERBA
BUENA" en la distancia de _____ km.

Se extiende el presente certificado en la ciudad de _____ el día _____ -
del mes de _____ de 2024 para ser presentado ante los organizadores del evento.

Observaciones:

Firma y DNI del Participante

Firma y sello del Médico