

---

## CERTIFICADO MÉDICO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2024 "CERTIFICO HABER EVALUADO MÉDICAMENTE A ....., DE ..... AÑOS DE EDAD, CON DNI N°..... QUIEN A MI ENTENDER ES APTO PARA COMPETIR EN LA CARRERA DE CICLISMO VUELTA BALLENAS 2024 EN LA CIUDAD DE PUERTO MADRYN, EN LA CUAL EL SOLICITANTE MANIFIESTA QUE PARTICIPARÁ EN LA DISTANCIA DE ..... KILÓMETROS A REALIZARSE POR SENDEROS RURALES, DE CIUDAD Y COSTEROS."



---

- 22 DE SEPTIEMBRE 2024 -



  VUELTA BALLENAS  
[WWW.VUELTABALLENAS.COM.AR](http://WWW.VUELTABALLENAS.COM.AR)