
CERTIFICADO MÉDICO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

FECHA: ____/____/2025

"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 2025 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.

FIRMA DEL MÉDICO

MATRÍCULA