



CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA

Certifico que DNI,
de años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder, ha sido examinado
clínicamente en el día de la fecha y al momento del examen no
aparecen signos de dolencias y/o enfermedades que desaconsejen la realización de
actividades físicas y/o deportivas que le impidan correr en carreras de calle de
más de 2 km. Se emite el presente en los términos de la ley 5397 y para ser
presentado ante quien corresponda.

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

Datos complementarios del atleta

- Nombre y apellido:
- Fecha de nacimiento: __/__/----
- Grupo sanguíneo:
- Cobertura médica (en caso de tener):

FIRMA Y ACLARACIÓN
(Del corredor)



**UTN
FRC**



FIRMA Y SELLO
(Del médico)

SAE

Secretaría de
Asuntos
Estudiantiles
UTN-FRC