



Organiza e invita:



CERTIFICADO MÉDICO

(Presentación obligatoria para retirar el número de corredor)

Apellido y nombre del corredor: _____

Domicilio: _____

Provincia: _____

Edad: _____

D.N.I: _____

Por la presente, certifico que _____
de _____ años, DNI _____, fue evaluado clínica y
cardiovascularmente y se le realizaron las pruebas complementarias
correspondientes.

En función de la interpretación de los exámenes, se determina que no
posee patología que implique riesgo para realizar actividad deportiva de
alto rendimiento, tal como intervenir en el **12° Rally Mountain Bike Santa
Rosa de Calamuchita** a disputarse el 9 de septiembre de 2018.

Sello y firma del médico