



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FISICA

Certifico que.....

DNI N°: ....., 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, recreativas y deportivas, que le impidan correr en carreras de aventura de más de 5 km. Se emite el presente para ser presentado ante la empresa GRUPOHETS S.R.L.



Firma del Participante:

Aclaración:

DNI N°

Firma y sello del Médico:

Aclaración:

Fecha de expedición de certificado: ..../..../....