

# Certificado Médico

---



Por la presente, Doctor \_\_\_\_\_.

Certifico que el Examen médico del Señor / la Señora

\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_.

No presenta ninguna contraindicación médica para la práctica de deporte, actividades físicas y recreativas que le impidan correr en carreras de calle de más de 5 km.

Fecha: \_\_\_\_\_

Certificado emitido en: \_\_\_\_\_

(Ciudad – Provincia - País)

Firma del Médico: \_\_\_\_\_

Sello del Médico: \_\_\_\_\_