

CAMPEONATO ARGENTINO

NUMERO DE CORREDOR: _____ asignado el día de la acreditación.

Dejo asentado que he evaluado al Sr/a.....

DNI/CI/PASAPORTE N°.....y que está **APTO** psicofísicamente y sin restricciones para realizar esfuerzos prolongados los días.....del mes de.....del año.....

en la carrera denominada CAMPEONATO ARGENTINO en la distancia dekms.

(los datos del tipo de recorrido en Kilómetros, Desnivel, se encuentran disponibles en www.mendiak.com.ar – buscar la edición correspondiente).

Se extiende el presente Certificado en la ciudad de el día del mes de de 20.....

Esta certificación tendrá validez hasta el día,de, del 20.....

Informar si padece Alergia o Patología que sea significativa, para que actúe personal médico en caso de Emergencia.

Observaciones:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma y sello del Médico

Firma y DNI del Participante

El presente documento debe ser presentado ante la organización en el momento de la acreditación junto con el deslinde (ambos están disponibles para descargar en www.mendiak.com.ar)