



CERTIFICADO MÉDICO

Certifico que el paciente _____
D.N.I. N°: _____ de _____ años
de edad, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha y se encuentra
apto para participar de la competencia de trail running VALHÖLL Ultra Trail
no evidenciando signos que indiquen alteraciones y/o afecciones y/o
enfermedades de algún tipo que le puedan impedir realizar actividad física
de alta exigencia en la montaña y afrontar el esfuerzo físico y psíquico que
supone la participación en el evento indicado.

Para ser presentado ante la Organización del evento VALHÖLL Ultra Trail en
la localidad de _____ el día ____
del mes _____ de 2022.

Observaciones: _____

FIRMA DEL PARTICIPANTE

ACLARACIÓN

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO PROFESIONAL