



ANEXO I

CERTIFICADO MÉDICO

El/la Dr. /Dra.:

Identificado/a con el Registro Médico Nº:

CERTIFICA:

El presente Certificado médico acredita que el Sr/Sra.

Identificado/a con DNI Nº: \_\_\_\_\_, ha sido examinado en el día de hoy, no habiendo constatado ninguna contraindicación médica y encontrándose en condiciones óptimas, por lo que se le considera APTO para la práctica deportiva de manera regular y participación en pruebas de ultrafondo.

Lo que certifico en la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_

Firma y sello del Médico

