



TRAIL SERIES

CERTIFICADO MÉDICO OBLIGATORIO

Certifico que el paciente DNI, N° de años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder, ha sido examinado clínicamente en la fecha abajo indicada y, de acuerdo al resultado del mismo se encuentra **APTO** para ser parte de la competencia de aventura denominada **MOSQUITO TRAIL Series** que se llevará a cabo el día del mes de del año 20 en la localidad de provincia de, en tanto no evidencia signos de alteraciones y/o enfermedades cardíacas y/o enfermedades de algún otro tipo que le puedan impedir realizar actividad física de alta exigencia, y afrontar el esfuerzo que supone la participación en esta carrera.

Para su presentación ante los organizadores de la competencia, extiendo el presente en la ciudad de el día del mes de del año 20

Observaciones:

.....

.....

.....

.....
Firma del participante

Aclaración:

DNI, N°:

.....
Firma y sello del médico

MOSQUITO eco-aventura®

Móvil: 342 5435035 / 342 4065230

info@mosquitoecoaventura.com

www.mosquitoecoaventura.com