

HALF TRIATLON

C O P A O S C A R G A L I N D E Z



Certificado APTO MÉDICO

Nombre y Apellido: _____

D.N.I./C.I./RG: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____

Obra Social: _____

Persona de Contacto
en caso de emergencia: _____

Teléfono de contacto: _____

Comentarios del médico:

He examinado al atleta _____, y certifico que no hay ninguna evidencia médica que impida al mismo poder participar en la competencia de Triatlón HALF COPA OG ENCARNACION 2024 y actividades asociadas en el plazo de 1 año desde la firma de este documento, declarando APTO PARA LA PRÁCTICA DE COMPETICIÓN Y DISCIPLINAS ASOCIADAS.

Firma y sello del médico
Nombre y Apellido del médico
Nº Matrícula