



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

DOCUMENTO COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO

Rp. /

Certifico que _____, con CI N° _____ fue evaluado/a desde el punto de vista médico, no presentando a la fecha contraindicaciones para realizar actividad deportiva de alto performance, vigorosa o de alta intensidad, encontrándose en condiciones de salud aptas para su participación en la competencia de de Ultratrail denominada UTA 2023.

Fecha de emisión _____

Nombre y Apellido del Médico _____

Número de Matrícula del Médico _____

Firma y Sello del Médico