

MARATÓN

DE LOS DOS AÑOS

FECHA DE ESTUDIO:

Certifico que

.....

DNI:, de..... años de edad, se ha realizado un Examen clínico en el día de la fecha, y al momento del mismo no presenta contraindicaciones como dolencias y/o enfermedades que le impidan la realización de actividades físicas y deportivas.

Observaciones del médico:

.....
.....
.....
.....
.....

FIRMA DEL PARTICIPANTE:	ACLARACIÓN:	D.N.I

FIRMA DEL MÉDICO	SELLO DEL MÉDICO:	ACLARACIÓN: