



## CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

Certifico haber evaluado a .....  
..... D.N.I./Pasaporte N° ..... de ..... años  
de edad, quien se encuentra APTO psicofísicamente al momento del examen y sin  
restricciones para participar de:



---

En la distancia (marcar lo que corresponda): 11km – 27km

Observaciones:

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

Se extiende el presente certificado en la Ciudad de .....,  
el día..... del mes de ..... de 2025.

---

Firma y Aclaración del Participante

---

Firma y Sello del Médico