**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA**

Certifico haber evaluado a …………………………………………………………………………………..............

D.N.I./ Pasaporte N°……………………………. de ……….. años de edad, quien se encuentra APTO físicamente al momento del examen y sin restricciones para participar de:

**Carrera Mountain Bike- 40km- Lago del Desierto/El Chaltén**

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