



CERTIFICADO MÉDICO

____/____/____

Fecha en que se realiza el examen médico

Certifico que el paciente _____
D.N.I./PASAPORTE N°: _____ de _____ años de edad, ha sido
examinado clínicamente en el día de la fecha y se encuentra apto para participar de la competencia de
trail running Ultra Champaquí 2025 en la distancia de _____ a realizarse en agosto de
2025, no evidenciando signos que indiquen alteraciones y/o afectaciones y/o enfermedades de ningún
tipo que le puedan impedir realizar actividad física de alta exigencia en la montaña y afrontar el esfuerzo
físico y psíquico que supone la participación en el evento indicado.

Para ser presentado ante la organización del evento UltraChampaquí.

Observaciones: _____

Firma y sello médico profesional