



FECHA DEL ESTUDIO:

Certifico que

.....
.....;

DNI:, de años de edad, se ha
realizado un examen clínico 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:	ALCARACIÓN	D.N.I

FIRMA DEL MÉDICO	SELLO DEL MEDICO	ACLARACIÓN
------------------	------------------	------------

--	--	--

2025

2026

MARIITÓN

DE LOS DOS AÑOS