

Fecha

--	--	--

## CERTIFICADO MÉDICO PARA LA PRUEBA ATLÉTICA

Certifico que ..... DNI nº .....,  
de..... años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder, ha sido examinado/a  
clínicamente en el día de la fecha y al momento de examinarlo/a no aparecen signos  
de dolencias y/o enfermedades que desaconsejen la realización de actividad física,  
recreativas/deportivas y que le impidan correr en la competencia deportiva.

Observaciones:

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

.....  
Firma

Aclaración:

DNI:

**PARTICIPANTE**

.....  
Firma y sello profesional:

Aclaración:

Nº de matrícula.

**MÉDICO**