

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

(Para ser completado y firmado por el médico)

Certifico que el paciente ha sido examinado clínicamente y habiéndose realizado los exámenes correspondientes, no presenta contraindicaciones que desaconsejen la realización de la actividad física recreativa o deportiva, como carreras de calle de 5 km o más.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE	
APELLIDO	
DNI	
FECHA NACIMIENTO	
EDAD	
FECHA DEL EXAMEN	

Firma, aclaración y documento del corredor

Firma y sello del médico