

# 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