

CERTIFICADO MÉDICO

Yo, _____

_____ médico (a),

abajo firmante, certifico que el examen del atleta

_____ con Documento de Identidad N° _____ con fecha de

nacimiento ____/____/____ no mostró ninguna contraindicación para

participar de la competencia de trail running denominado Ybytyruzú Ultra-

Trail 2025 en la modalidad individual de _____ kilómetros.

Certificado médico expedido en (local):

Fecha: ____/____/____

Firma

Sello del registro profesional

Datos complementarios

Grupo Sanguíneo (factor RH): _____ Frecuencia cardiaca en reposo: _____

Alergia (especifique): _____

En caso de emergencia llamar a: _____

Teléfono del contacto de emergencia: _____