



## **CERTIFICADO MÉDICO**

Por la presente certifico que ..... de ..... años, DNI ..... fue evaluado/a clínica y cardiovascularmente y se le realizaron las pruebas complementarias correspondientes. En función de la interpretación de los exámenes se determina que no posee patología que implique riesgo para realizar actividad deportiva de alto rendimiento, tal como participar en la competencia TETRALÓN MARCOS JUÁREZ, el día ....., que se disputarán en Marcos Juárez, provincia de Córdoba, república Argentina.

Sello y firma del Médico

Lugar y fecha