



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD FISICA

CERTIFICO QUE EL Sr/Sra
DNI....., SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EN ESTADO DE SALUD (APTO/A)
ACORDE A EDAD, SEXO, ANAMNESIS, EXAMEN FISICO Y ESTUDIOS
COMPLEMENTARIOS, PARA PARTICIPAR EN CARRERA QHAPAQ ÑAN TRAIL
CAFAYATE, EL DIA 13 DE OCTUBRE DE 2024, NO PRESENTANDO
CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS O RELATIVAS PARA LA MISMA.

.....
(FECHA)

.....
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

.....
ACLARACION

.....
(FECHA)

.....
FIRMA DEL ATLETA

.....
ACLARACION