



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 LA CARRERA TUCUMAN CORRE CROSS COUNTRY PARQUE
GUILLERMINA A DESARROLARSE EN LA LOCALIDAD DE SAN MIGUEL DE TUCUMAN EL 19
DE ABRIL DE **2026**, EN LAS DISTANCIAS DE ENTRE 4 a 7 KM, NO PRESENTANDO
CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS O RELATIVAS PARA LA MISMA.

.....

(FECHA) FIRMA Y SELLO DEL MEDICO ACLARACION

FICHA MEDICA:

Obra social

.....

Grupo sanguíneo:

Alergias (a medicamentos u otras):

Medicamentos de uso reciente o crónicos:

Consumo de tabaco (nº cigarrillos/día):

Consumo de alcohol:

Antecedentes de enfermedades:

¿Tiene alguna condición médica que pueda afectar el ejercicio físico/deportivo de esta competencia?

.....

.....

(FECHA) FIRMA DEL ATLETA ACLARACION