MEDIA MARATÓN CIUDAD DE CONCEPCIÓN

MEDIA MARATÓN CIUDAD DE CONCEPCIÓN

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Certifico que _____, DNI _____,

nacida/o el _____ de _____ de _____, fue evaluada/o clínica y cardiovascularmente y se le realizaron las pruebas complementarias correspondientes. En función de los resultados, no surgen contraindicaciones para realizar actividades físicas competitivas de alto rendimiento al momento de esta evaluación, encontrándose en condiciones de salud aptas para participar de la competencia denominada "MEDIA MARATÓN CIUDAD DE CONCEPCIÓN" a realizarse el 15 de noviembre de 2026 en la Ciudad de Concepción, Provincia de Tucumán.

Datos del Médico Certificante

Nombre y Apellido _____Fecha y hora _____

Firma y sello del médico _____ N° de Matrícula _____

Firma del **corredor** _____ Aclaración de firma del **corredor** _____

DESLINDE DE RESPONSABILIDAD - (EL CORREDOR DEBE ADJUNTAR FOTOCOPIA DE DNI)

Yo, _____quien suscribe, declaro que participo voluntariamente en la competencia denominada **"Media Maratón Ciudad de Concepción 2026"**, organizada en la ciudad de Concepción, provincia de Tucumán, el día 15 de noviembre de 2026. Declaro conocer las características y exigencias físicas de la distancia en la que me inscribí, y manifiesto que me encuentro en condiciones de salud adecuadas para participar. Asimismo, me comprometo a presentar el correspondiente certificado de aptitud física, debidamente firmado y sellado por un profesional médico habilitado. Reconozco que la práctica de una carrera de calle implica riesgos propios de la actividad física, tales como caídas, golpes, lesiones, descompensaciones u otros incidentes relacionados con el esfuerzo físico, las condiciones climáticas, el terreno y la circulación. Declaro conocer dichos riesgos y me comprometo a participar de manera responsable, respetando las normas de seguridad y las indicaciones impartidas por la organización. Me comprometo a respetar el recorrido establecido, las normas de tránsito y las instrucciones del personal organizador, de seguridad y de asistencia. Asimismo, entiendo que, si durante la competencia presento síntomas o malestares que puedan comprometer mi salud, debo detener mi participación y solicitar asistencia médica. Autorizo al personal médico y de emergencia a brindarme la asistencia que resulte necesaria ante una eventual situación de urgencia y, si correspondiera, gestionar mi traslado a un centro de salud. Declaro que los datos personales y de contacto proporcionados son verdaderos y que he leído y comprendido el contenido del presente documento. Autorizo el uso de fotografías y videos en los que aparezca durante el evento, para su difusión institucional y promoción de actividades deportivas vinculadas a la competencia.

Firma del corredor: _____ Aclaración del corredor: _____

DNI: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

PARA PARTICIPANTES MENORES DE EDAD – (ADJUNTAR FOTOCOPIA DE DNI DE QUIEN FIRMA LA AUTORIZACIÓN)

Apellido y nombre de madre, padre o representante legal: _____

DNI: _____ Firma: _____Aclaración: _____