

# CERTIFICADO - APTITUD FÍSICA -

## CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA 2024 (PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO)

Rp. /

Certifico que.....  
con DNI N°..... fue evaluado/a desde el punto de vista  
médico, no presentando a la fecha contraindicaciones para concretar una actividad  
aeróbica de larga duración como es una media maratón, encontrándose en  
CONDICIONES DE SALUD APTA .....  
(indicar lo que corresponda: moderada o de baja intensidad - vigorosa o de alta intensidad).

Fecha de emisión ...../...../.....

Nombre y apellido del profesional médico .....

Número de matrícula del profesional médico .....

Firma y sello del profesional médico: .....