CERTIFICADO - APTITUD FÍSICA -

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA 2025 (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: