



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Desafío Buffo – Trail Running

Este certificado debe ser firmado por un/a profesional de la salud habilitado/a.

Nombre y apellido:

Tipo y N° de documento:

Distancia a participar:

Fecha:

Yo, el/la profesional de la salud que suscribe, certifico que he evaluado a la persona arriba indicada y que, conforme al examen clínico y antecedentes referidos, se encuentra clínicamente APTO/A para realizar actividad física y participar en una carrera de trail running en la distancia consignada, sin hallarse contraindicaciones aparentes al momento del examen.

Observaciones (si correspondiera)

Lugar y fecha de emisión

Firma y sello del/de la profesional

Validez sugerida: ____ días (o según normativa/localidad).

Este certificado se expide a solicitud del/de la interesado/a para ser presentado ante la organización de "Desafío Buffo".

Nota: No reemplaza controles periódicos ni evaluación cardiológica específica cuando esté indicada.