

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD PARA CARRERAS DE CICLISMO

(nombre y apellido) _____

Nacido/a en (ciudad, país) _____

Fecha de nacimiento (dd/mm/yyyy) _____

Nombre medicina prepaga / Obra Social _____

Nro. Carnet de Medicina Prepaga / Obra Social _____

Según los exámenes clínicos y pruebas de laboratorio realizados, no presenta ninguna contraindicación relacionada con la actividad deportiva de ciclismo de competición. En consecuencia se encuentra apto/a para competir en una prueba de Medio Fondo y/o Gran Fondo, carreras de ciclismo con un recorrido de entre 50km y 120km.

El presente certificado tiene validez por 6 meses a partir del día de la fecha.

Lugar: _____ Fecha (dd/mm/yyyy): _____

Firma del médico: _____

Sello del médico: _____