

## CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD PARA CARRERAS DE CICLISMO

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_, Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Medicina prepaga / Obra Social: \_\_\_\_\_

Nro. Carnet de Medicina Prepaga / Obra Social: \_\_\_\_\_

Según la evaluación clínica y los exámenes correspondientes realizados, no presenta contraindicaciones para realizar actividad deportiva de ciclismo de competición de alto rendimiento. En consecuencia se encuentra apto/a para competir en una prueba de Gran Fondo, carrera de ciclismo con un recorrido de entre 55km. y 120km.

El presente certificado tiene validez por 12 meses a partir del día de la fecha.

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Sello del médico: \_\_\_\_\_