

## CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD PARA CARRERAS DE CICLISMO

Certifico que (nombre y apellido) \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_, según la evaluación clínica y los exámenes correspondientes realizados, no presenta a la fecha contraindicaciones para realizar actividad deportiva de ciclismo de competición de 5 km. o más.

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

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

Firma y sello: \_\_\_\_\_

Nro. de matrícula: \_\_\_\_\_