

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD PARA CARRERAS DE CICLISMO

Certifico que (nombre y apellido)

DNI: _____,

En base a la evaluación clínica y cardiovascular y los estudios correspondientes realizados, **no se evidencian contraindicaciones para la práctica del ciclismo de alto rendimiento, competitivo y no competitivo.**

En consecuencia, se encuentra apto/a para participar en un evento tipo Gran Fondo, competencia ciclista con una distancia comprendida entre 42 km y 122 km, como el Gran Fondo Argentina Buenos Aires Ciudad que se realizará el 11 de octubre de 2026

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

Lugar: _____

Fecha: _____

Firma y sello: _____

Nro. de matrícula: _____

