

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA 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 médicas para la realización de actividad deportiva competitiva.

En consecuencia, se encuentra apto/a para participar en un evento de ciclismo como el Gran Fondo Argentina.

La presente certificación se emite sobre la base de las condiciones clínicas constatadas al momento del examen y no excluye la posibilidad de eventos médicos imprevisibles inherentes a la práctica deportiva de resistencia.

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

Lugar: _____

Fecha: _____

Firma y sello: _____

Nro. de matrícula: _____