

CERTIFICADO MÉDICO OBLIGATORIO



EVENTO: KARAJÁ TRAIL RACE
FECHA: 06 y 07 DE DICIEMBRE DE 2025
LUGAR: CERRO CORÁ, MISIONES

Por la presente certifico que he examinado al paciente:

Nombre y Apellido: _____

DNI / Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ **Edad:** ____

Basado en el examen clínico realizado en la fecha y sus antecedentes médicos, certifico que el/la paciente se encuentra **APTO/A FÍSICAMENTE** y no presenta contraindicaciones clínicas ni cardiovasculares evidentes al momento del examen para participar en competencias de **Pedestrismo y Trail Running en terreno natural y de exigencia física alta**.

Se expide el presente certificado a solicitud del interesado/a para ser presentado ante las autoridades de la organización de KARAJÁ TRAIL RACE.

DATOS DEL PROFESIONAL:

Lugar y Fecha: _____, ____ de _____ de 2025.

Firma y Sello del Médico: (Debe incluir Nombre y N° de Matrícula)