

# RAID ANDES CERTIFICADO MÉDICO

---



Certifico que el paciente .....  
DNI Nro:..... de ..... años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha y de acuerdo al resultado del mismo, se encuentra apto para tomar parte de la competencia de trail running denominada **RAID COLUMBIA 2018** , en tanto no evidencia signos de alteraciones y/o enfermedades cardíacas y/o enfermedades de algún tipo que le puedan impedir realizar actividad física de alta exigencia, vida en campamentos, y afrontar el esfuerzo que supone la participación durante 3 días de carrera en el evento indicado.

Para su presentación ante los organizadores del evento, extendiendo el presente en la ciudad de ..... el día ..... del mes de..... de 2018.

### Observaciones:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Firma del Participante:

Aclaración:

DNI N°:

Firma y sello del Médico