

CERTIFICADO MÉDICO PARA LA PRUEBA ATLÉTICA “WE RUN BUENOS AIRES 21K”

Certifico que DNI n°:, de años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha y al momento del examen no aparecen signos de dolencias y/o enfermedades que desaconsejen la realización de actividades físicas, recreativas/deportivas y que le impidan correr en el “*We Run Buenos Aires 21K*” a llevarse a cabo el 07 de junio de 2015.

Observaciones:

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

Firma del Participante:

Aclaración:

DNI N°:

Firma y sello del Médico:

Aclaración:

Fecha: