



CERTIFICADO APTO MÉDICO

Certifico que el Sr./Sra.
DNI.....examinado en la fecha
se encuentra clínicamente en condiciones físicas para realizar actividades deportivas de triatlón.
Válido hasta el día:

Firma del Médico
Nro. de matrícula
Sello

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL ATLETA

Nombre y Apellido del atleta:
Fecha de Nacimiento:
Obra Social:
Teléfono de contacto en caso de emergencia:

Firma del Atleta