



# 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