



**CERTIFICADO MEDICO.**

Certifico que el/la Sr./Sra. ...., D.N.I.  
Nro. ...., ha sido sometido/a a los estudios médicos clínicos correspondientes, y se encuentra apto/a para participar de la competencia CHICOANA TRAIL 7 KM / 15 KM / 25 KM / 42 KM / TREKKING / VERTICAL (marcar lo que corresponda), por no evidenciar signos que indiquen alteraciones y/o afecciones y/o enfermedades que impidan afrontar el gran esfuerzo físico y psíquico que implica dicha participación. Para ser presentado ante el Organizador de la competencia, se extiende el presente certificado, a ..... días del mes de ..... de 2020.

**La no presentación del presente certificado, faculta a la organización a impedir la participación del corredor.**