

ESQUEL



Capital del
**Turismo
Deportivo**

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA FECHA: ____ / ____ /2025.-

“CERTIFICO HABER CHEQUEADO Y EVALUADO MÉDICAMENTE

A

....., DE AÑOS DE EDAD, CON DNI

Nº

QUIEN ESTA APTO/A PARA COMPETIR EN LOS JUEGOS DE MONTAÑA A
DESARROLLARSE EN LA CIUDAD DE ESQUEL.

.....

Firma Médico

