

**CERTIFICADO MÉDICO PARA LA PRUEBA ATLÉTICA “ PARDO 10K TOUR”**

Certifico que .....DNI nº....., de..... años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder, ha sido examinado/a clínicamente en el día de la fecha y al momento de examinarlo/a no aparecen signos de dolencias y/o enfermedades que desaconsejen la realización de actividad física, recreativas/deportivas y que le impidan correr en el “PARDO 10K TOUR” a llevarse entre marzo y diciembre del 2019.

Observaciones:

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

Firma del Participante:

Aclaración:

DNI:

Firma del Médico:

Aclaración:

Nº de matrícula.