

Certificado APTO MÉDICO

Nombre y Apellido

D.N.I

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Obra Social:

Persona de contacto en caso de emergencia:

Teléfono de contacto:

Comentarios del médico:

"He examinado al atleta _____, y certifico que no hay ninguna evidencia médica que impida al mismo poder participar en los Campeonatos de triathlon y actividades asociadas (fiscalizadas por la FAT) en el plazo de 1 año desde la firma de este documento, declarando APTO PARA LA PRACTICA DE COMPETICION Y Disciplinas Asociadas."

Nombre y Apellido del médico:

Nº de matrícula: