



# Apto Médico

## Carrera de Ciclismo – Vértice Sur

El/la que suscribe, **Dr./Dra.** \_\_\_\_\_, Médico/a – Matrícula N° \_\_\_\_\_, certifica que ha evaluado clínicamente a:

**Nombre y Apellido del/de la participante:**

\_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Luego de realizar los controles médicos correspondientes, **DECLARA QUE SE ENCUENTRA APTO/A DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO Y CARDIOVASCULAR PARA PARTICIPAR EN LA CARRERA DE CICLISMO “VÉRTICE SUR”**, no presentando al momento de la evaluación contraindicaciones médicas para la práctica de actividad física y/o deportiva de exigencia acorde a la competencia.

El presente certificado se extiende a solicitud del/la interesado/a para ser presentado ante la organización de la carrera, deslindando a la misma de toda responsabilidad derivada de información médica no declarada por el/la participante.

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma y sello del médico/a:**

\_\_\_\_\_