

# LAS LEÑAS ULTRA TRAIL 2019

Campeonato Cuyo Trail & Montaña "Los dedos del fraile"

## Apto Médico

CERTIFICO que el/la Sr/a .....  
DNI ..... de ..... años de edad se encuentra apto/a físicamente para  
participar de la carrera Las Leñas Ultra Trail, estando en condiciones de afrontar el esfuerzo  
que supone competir durante varias horas en la montaña.

Habiendo evaluado al paciente, en la ciudad de ..... a los  
..... días del mes de .....del año .....extiendo el presente  
certificado que así lo acredita.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO