



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

NOMBRES	
APELLIDOS	
C.I. N°	
FECHA DE NACIMIENTO	
EDAD	
GRUPO SANGUINEO FACTOR RH	
FRECUENCIA CARDÍACA EN REPOSO	
ALERGIA especificar	

Certifico que el paciente ha sido examinado clínicamente y habiéndose realizado los exámenes correspondientes, no presenta contraindicaciones que desaconsejen la realización de actividad física recreativa o deportiva, como participar en la carrera de trail running denominado Itapúa Trail run – Edición Parque Manantial 2025, en la modalidad individual de ____ km. El presente certificado se emite para ser presentado ante quién corresponda.

Firma y sello del médico

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA – TELÉFONO N°: _____