



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE	
APELLIDO	
DNI	
FECHA NACIMIENTO	
EDAD	
FECHA DEL EXAMEN	

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 carreras de Gran Fondo de Ciclismo. El presente certificado se emite para ser presentado ante quien corresponda.

Firma, aclaración y documento
del paciente

Firma y sello del médico