



## CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA 2024

POR MEDIO DE LA PRESENTE CERTIFICO  
QUE \_\_\_\_\_  
DNI \_\_\_\_\_, DE \_\_\_\_\_ AÑOS DE EDAD, A LA FECHA NO  
PRESENTA CONTRAINDICACIONES

PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA DE NIVEL COMPETITIVO Y/O DE ALTO RENDIMIENTO DE ACUERDO CON SU EDAD, ENCONTRÁNDOSE EN CONDICIONES DE SALUD APTAS PARA DESARROLLAR LA PRÁCTICA DEL URUGUAY TRAIL.

Nombre y Apellido del Médico: \_\_\_\_\_

Número de Matrícula del Médico: \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Médico: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_