



CORP. TUPAC E.I.R.L.

EVENTOS DEPORTIVOS TURÍSTICOS



CERTIFICADO MÉDICO

_____/_____/_____
Fecha en que se realiza el examen médico

Certifico que el paciente _____
D.N.I./PASAPORTE N°: _____ de _____ años de edad, ha sido
examinado clínicamente en el día de la fecha y se encuentra apto para participar de la competencia de
trail running ULTRA MACHUPICCHU by CORP. TUPAC, en la distancia de _____ a realizarse en
marzo de 2025, no evidenciando signos que indiquen alteraciones y/o afectaciones y/o enfermedades
de ningún tipo que le puedan impedir realizar actividad física de alta exigencia en la montaña y afrontar
el esfuerzo físico y psíquico que supone la participación en el evento indicado.
Para ser presentado ante la organización del evento ULTRA MACHUPICCHU by CORP. TUPAC.

Observaciones: _____

Firma y sello médico profesional



WWW.ULTRAMACHUPICCHU.COM
INFOR@ULTRAMACHUPICCHU.COM
ULTRAMACHUPICCHU@GMAIL.COM
URB. CAJARINA Δ-3 DPT 101
☎ + 51972702245

