

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 MACHU PICCHU 2026, en la distancia
de _____ a realizarse en marzo de 2026, 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.

Observaciones: _____

Firma y sello médico profesional