

ARGENTINA TRI EVENTS 2023



CERTIFICADO APTO MEDICO

TRIATLON

Nombre y Apellido:
D.N.I:
Fecha de Nacimiento:

AGUAS
ABIERTAS

Edad:

Obra Social:

MTB

Persona de contacto en caso de
emergencia:

Teléfono de contacto:

TRAIL RUN

Comentarios del médico:

"He examinado al atleta _____, y
certifico que no hay ninguna evidencia médica que
impida al mismo poder participar en los eventos
deportivos bajo la organización de Argentina Tri Events,
en el plazo de tres meses desde la firma de este
documento.

XTERRA KIDS

Declarándolo: Apto para la práctica de competición
y sus disciplinas asociadas.

GUARDAVIDAS

Nombre y Apellido del Médico:

Matrícula N°:

Firma del Médico:

.....