



Certificado APTO MEDICO

Nombre y Apellido : _____

DNI : _____ Fecha de Nacimiento : _____ Edad: _____

Obra Social : _____

Grupo Sanguíneo : _____

Persona de Contacto en caso de emergencia: _____ Tel.: _____

APTO

He examinado al atleta _____ , y certifico que no hay ninguna evidencia médica que impida al mismo poder participar de los Campeonatos de Triatlón y actividades asociadas fiscalizadas por la Fe.Bo.Tria. o por la F.A.T. en el plazo de un (1) año desde la firma del presente documento, declarándolo APTO PARA LA PRACTICA DEL TRIATLON y disciplinas asociadas y complementarias.

Fecha de examen : _____

Nombre del Médico : _____

No. de Matrícula : _____



Sello y firma del Médico

Firma Atleta: