



Por el presente dejo constancia de haber evaluado a:

.....

DNI/ Pasaporte Nº:

y que está APTO psicofísicamente SIN restricciones para competir el día 25 de Enero de 2020 en la carrera de montaña organizada por KAS S.A.S., en la distancia de 8K /21K

Se extiende el presente Certificado en la ciudad de.....
el día del mes de..... de 20.....

Esta certificación tendrá validez hasta: Fecha:/...../.....

Observaciones:

.....
.....
.....
.....
.....

Firma y sello del Médico