



“FEBOTRIA” ASOCIACION CIVIL

Certificado APTO MEDICO

Nombre y Apellido :.....

DNI:..... Fecha de Nacimiento :..... Edad:.....

Obra Social :.....

Grupo Sanguineo :.....

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 “FEBOTRIA “ ASOCIACIÓN CIVIL. 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 del Atleta: