



**BRUTAL**  
**RACE®**

## **CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA**

PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO

Rp./

Certifico que: ..... con DNI N°: .....

Fue evaluado desde el punto de vista médico, no presenta a la fecha  
contraindicaciones para realizar actividad física, encontrándose en condiciones de  
Salud aptas para la práctica de de actividad física.

.....

Fecha de emisión: .....

Nombre y Apellido del Médico: .....

Número de Matrícula del Médico (o sello): .....