



FICHA MÉDICA – COMPETIDOR VOLUNTARIO CERTIFICADO DE BUENA SALUD

A completar por el médico:

Dejo constancia que _____ DNI _____

de _____ años de edad, goza de buena salud, siendo cardiovascularmente apto para participar como competidor en las competencias de “Open Duatlón Chascomús” y triatlón “Open Olímpico Chascomús” que se desarrollarán entre los meses de Septiembre de 2018 y Agosto de 2019.

¿Padece o padeció alguna de estas enfermedades?

Asma si / no - Diabetes si / no - Hepatitis si / no

Hipertensión arterial si / no - Epilepsia si / no - Afecciones cardíacas si / no

Otras:

Cobertura médica: si / no ¿Cuál?: _____

Grupo sanguíneo:

Firma competidor:

Firma y sello médico:

Aclaración:

El competidor que no presente esta ficha al momento de la acreditación, no podrá participar de la competencia.

Style Eventos Deportivos.