

CERTIFICADO MÉDICO

Certifico que el/la paciente **[Nombre y apellido]**, documento de identidad **[número]**, ha sido evaluado/a por quien suscribe y no presenta, al momento de la evaluación, elementos clínicos aparentes que contraindiquen su participación en la competencia pedestre 17ª Maratón de Punta del Este 2026, en la distancia de **[X km]**.

Se expide el presente certificado a solicitud del/de la interesado/a para su presentación ante la organización del evento.

Lugar y fecha:

Firma del médico:

Aclaración:

Nº de caja / sello profesional: