



CERTIFICADO MÉDICO

Por la presente certifico que el Sr./ la Sra.de años de edad, DNI N° , que correrá la distancia dekm, fue evaluado/a clínica y cardiovascularmente y se le realizaron la pruebas complementarias y análisis médicos correspondientes. En función de la interpretación de los exámenes realizados, se determina que no posee patología que implique riesgo para realizar actividad deportiva de alto rendimiento, para participar en el evento “*DESAFIO CURA BROCHERO - 2026*”, competencia de ciclismo de montaña que se disputará en el Valle de Traslasierra en la provincia de Córdoba, el 10 y 11 de octubre de 2026.

Sello, firma del médico y fecha