

# CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

Esencia Salvaje 4º Edición 06 de Abril 2025

Certifico que el Sr./a: .....  
con DNI.....de..... años de edad, a la fecha no presenta  
contraindicaciones para realizar actividad física y deportiva de alto rendimiento y/o competitivo.

Ante quien lo requiera.

Fecha: ...../...../.....

.....

Firma y sello del profesional

**\*PARA MENORES DE EDAD:**

Nombre y Apellido Madre, Padre o Tutor: .....

DNI: .....

Firma: .....

Esencia Salvaje 4º Edición 06 de Abril 2025