



CERTIFICADO MÉDICO

Yo _____ con DNI, PASAPORTE o CARNET DE EXTRANJERÍA N° _____ y Carnet Médico N° _____ certifico que él (la) Sr(a). _____ está en capacidad física para participar en el **Andes Race The Chaski Challenge** en Cusco Perú, carrera de montaña de alta intensidad que pasa desde los 2850 msnm hasta 4700 msnm con un ascenso de 6190 metros de desnivel positivo en 100 kilómetros, desde 2850 msnm hasta 4500 msnm con un ascenso de 3600 metros de desnivel positivo en 60 kilómetros, desde 2850 msnm hasta 4500 msnm con un ascenso de 1050 metros de desnivel positivo en 30 kilómetros y desde 2850 msnm hasta 3570 msnm con un ascenso de 390 metros de desnivel positivo en 13 kilómetros.

FICHA MÉDICA

| | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------|
| | | | |
| Nombres y Apellidos | | DNI, PASAPORTE o CARNET DE EXTRANJERÍA | |
| | | | |
| ¿Seguro médico? | Nombre del seguro | Grupo sanguíneo | Factor (RH) |
| | | | |
| Alergias | | Lugar y fecha de nacimiento | |
| | | | |
| Otros datos que considere el médico tratante | | | |

_____ del mes de _____ de _____

Firma y sello del médico

