



FEDERACIÓN ARGENTINA
DE CICLISMO DE PISTA Y RUTA

Formulario licencia 2025. Certificado de aptitud física

Quien suscribe Dr.: _____

Matricula médica: _____, profesional

Medico del instituto medico: _____

Certifica y manifiesta haber examinado físicamente al corredor

Peticionante: _____

y manifiesta que el mismo se encuentra apto para la practica del deporte del ciclismo, habiendo verificado antes de emitir el presente, radiografía de Tórax, electrocardiograma, análisis completo de sangre y orina, ergometría para los mayores de 21 años. (de existir legajo medico en instituto, individualizar el mismo) archivado bajo legajo _____.-

Que el mismo Cuenta – No Cuenta, con la vacunación COVID 19 completa.-

Firma del medico:

Sello del centro de salud: