



APTO MÉDICO – KNOCKOUT CHALLENGE

DATOS DEL/LA ATLETA

Nombre y apellido: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

CERTIFICACIÓN MÉDICA

Por medio de la presente certifico que, luego de realizar la evaluación médica correspondiente, el/la paciente anteriormente identificado/a se encuentra:

☐ **APTO/A** ☐ **NO APTO/A**

para participar en KNOCKOUT CHALLENGE, competencia de entrenamiento funcional de alta intensidad.

La actividad podrá incluir ejercicios de fuerza, resistencia cardiovascular, levantamiento y manipulación de cargas, movimientos gimnásticos, desplazamientos, saltos y otras pruebas de acondicionamiento físico.

En caso de ser declarado/a APTO/A, al momento de la evaluación el/la paciente no presenta contraindicaciones médicas evidentes que impidan su participación en dicha actividad, según criterio del profesional interviniente.

Observaciones médicas:

Fecha de evaluación: ____ / ____ / ____

PROFESIONAL MÉDICO

Nombre y Apellido: _____

Firma del profesional

Sello del profesional