CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

PARASERCOMPLETADOYFIRMADOPORELMÉDICO

Rp./

Certifico que_____, con DNI N°_____ fue evaluado desde el punto de vista médico, no presentando a la fecha contraindicaciones para realizar actividad física, encontrándose en condiciones de salud aptas para la práctica de actividad física de alta intensidad.

Fecha de emisión_____

Nombre y Apellido del Médico_____

Número de Matrícula del Médico_____

_____

Firma y Sello del Médico