

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

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:

La Carrera del Lago 27 de Octubre de 2024