



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:

Carrera Rosa 19 de Octubre de 2024