

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD FISICA

CERTIFICO QUE.....DNI Nro.....deAÑOS
DE EDAD , CUYA HISTORIA CLINICA OBRA EN MI PODER, HA SIDO EXAMINADO CLINICAMENTE EN EL DIA
DE LA FECHA, Y AL MOMENTO DEL EXAMEN NO APARECEN SIGNOS DE DOLENCIAS Y/O ENFERMEDADES
QUEDESACONSEJEN, LA REALIZACION DE ACTIVIDADES FISICAS, Y DEPORTIVAS, QUE LE IMPIDAN
CORRER ENCARRERAS.

SE EMITE EL PRESENTE PARA SER PRESENTADO ANTE QUIEN CORRESPONDA.

OBSERVACIONES.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FIRMA DEL PARTICIPANTE:

ACLARACION:

DNI:

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO ACTUANTE:

ACLARACION:

FECHA DE REVISACION: