



APTITUD FISICA – CERTIFICACION MEDICA



CERTIFICO haber atendido a de.....años
 DNI.....quien, se ha evaluado con examen clínico correspondiente a la edad.
 Se encuentra para realizar actividades
 físicas durante el presente año lectivo.....

OBSERVACIONES:

FECHA:/...../.....

.....
 SELLO del PROFESIONAL MÉDICO

.....
 FIRMA del PROFESIONAL MÉDICO

Notificación Familia :

Aclaración – DNI:

Fecha: