



APTO MEDICO SOCIOS

Todas las Actividades

FECHA

____/____/____

CERTIFICADO DE SALUD

Certifico que.....

DNI N°.....de.....años de edad, cuya historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha a las..... hs. y aparece en condiciones de realizar actividades, incluidas las propias de educación física 2 (dos) módulos semanales y actividades deportivas y de competición que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

.....

Firma del Profesional

.....

Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Así mismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

Firma:

Aclaración:

DNI: