**Declaración Jurada- Informe de Salud-Aptitud Física**

**"Sección Centro de Entrenamiento Esteban Echeverría”**

Curso n°:…………… Fecha: ………/………/……………

Apellido y Nombres:………………..…………................................. ……………………...................………….……..

Legajo Personal: ……………… Jerarquía:……………………………..….……………Antigüedad:…………………...

Dependencia: …………………………………………………………… Tel. Laboral: …………………………………..

Edad: …….…Fecha de nacimiento: …...……………...Estado Civil: ………....………….. DNI:………………………

Domicilio: ………………………………………………………………..…….……Localidad………………………………

Tel. particular…………………………… Estatura: …….. Peso: ……... Grupo y Factor sanguíneo:..…………………

En caso de emergencia avisar a: Apellido y Nombre:……………………………………………………………………..

Parentesco:…………….……. Tel.: …………………………….. Dirección:……………………………………………....

Firma Cursante:……………………………………….

**A llenar por el Médico:**

Enfermedades padecidas y/o intervenciones quirúrgicas que le imposibiliten ejercicios físicos a tener en cuenta:

…………………………………………………………………..………..……………………………………………………

………………………………………………..…………………..………………..……………………………………………

¿Ha sufrido o sufre esguinces, fracturas, lesiones músculo-esqueléticas que le imposibiliten ejercicios físicos a

tener en cuenta?:………………………………………………………………………………………………………………

………………..…………………………………………………………………..………………….…………………………

¿Se encuentra realizando algún tratamiento médico que le imposibiliten ejercicios físicos a tener en cuenta?

………………………………………………………………………………..………………………………………………….

………………………………………………………………………………..………………………………………………….

¿Está tomando algún medicamento?, ¿cuál?: …………………………………………………………..........................

……………..…………………………………………………………………………………………………………………….

¿Es alérgico?, ¿A que?: …………………….……………………………………………………………………………….

El titular de la presente Sr/a……………………………………………………………..………..DNI…………….............

se encuentra **APTO - NO APTO**, para realizar ejercicios físicos que involucren test de flexión de tronco, de

agilidad , de flexiones de brazos, fuerza de tracción, de resistencia aeróbica Cooper acordes a la edad.

Nombre y Apellido del médico evaluador: ………..……………………………………………………..........................

Lugar y Fecha: ………………………………………………………………………………………………………………..