



| certifico que | , CON DINI |
|-----------------------|--|
| N° | fue evaluado desde el punto de vista médico, |
| no presentando a la | a fecha contraindicaciones para realizar actividad |
| físi a, encontrándo | se en condiciones de salud aptas para la práctica |
| de actividad física e | en |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Fecha de emisión_ | |
| | |
| | |
| Firma y sello del | |
| Médico | |









