

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA
PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO

Rp./

Certifico que _____, con DNI N° _____
fue evaluado desde el punto de vista médico, no presentando a la fecha
contraindicaciones para realizar actividad física, encontrándose en condiciones de
salud aptas para la práctica de actividad física _____ (indicar
lo que corresponda: moderada o de baja intensidad - vigorosa o de alta intensidad).

Fecha de emisión _____

Nombre y Apellido del Médico _____

Número de Matrícula del Médico _____

Firma y Sello del Médico