



Certificado Médico

Fecha: -----|-----|-----

Equipo: -----

Dejo constancia que -----

DNI N° ----- de ----- años de edad ha sido
evaluado clinicamente en el día de la fecha encontrándose en condiciones
de salud para participar en el **TORNEO DE FÚTBOL LA PERÓN**
Bajo la supervisión de personal idoneo.

Observaciones: -----

Firma y sello del Médico: -----