



Comité Cantonal de Deportes y Recreación de Alajuela

CERTIFICADO MÉDICO

NOMBRE ATLETA:					Lateralidad	
Fecha Nacimiento:	Cédula:	Edad	Género	Deporte	Talla	Peso
Antecedentes Personales Patológicos / lesiones deportivas						
AHF:			Vacunas al día. Sí No (Cuales)			
Alergias a medicamentos o alimentos.					Tipo Sangre	
Examen Físico:						
Fecha de última revisión dental:						
Tratamiento / Observaciones						
<p>El suscrito Médico y Cirujano _____ Código N° _____</p> <p>CERTIFICA QUE:</p> <p>Después de haber realizado examen médico no se le encontró padeciendo de ninguna enfermedad. Y se encuentra APTO, para la práctica de su actividad física en su respectiva disciplina deportiva. Y, para los usos que al interesado convengan, se extiende la presente certificación en la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____, del año 2019.</p> <p>_____ Nombre Médico</p> <p>_____ Firma</p> <p>_____ Código</p>						