

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

DATOS DEL PACIENTE

| | |
|------------------|--|
| NOMBRE | |
| APELLIDO | |
| DNI | |
| FECHA NACIMIENTO | |
| EDAD | |
| FECHA DEL EXAMEN | |

Certifico que el paciente ha sido examinado clínicamente y habiéndose realizado los exámenes correspondientes, no presenta contraindicaciones que desaconsejen la realización de actividad física recreativa o deportiva, para el Torneo Inter-barrial de la Municipalidad de la Ciudad de San Luis.

Firma y sello del medico