



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

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 _____ (indicar disciplina deportiva).

Fecha de emisión _____

Firma y Sello del Médico