****

**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 presenta a la fecha contraindicaciones para realizar actividad física, encontrándose en condiciones de Salud aptas para la práctica de de actividad física. …………………………………………………………..........................

Fecha de emisión: …………………………..………………………………………………………………………….

Nombre y Apellido del Médico: ………………………………………………………………………………….

Número de Matrícula del Médico (o sello): …………………………………………………………………