

MODELO DE CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA



CERTIFICO QUE EL Sr. / Srta.

DNI _____, A LA FECHA NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA DE NIVEL COMPETITIVO Y/O DE ALTO RENDIMIENTO, DE ACUERDO CON SU EDAD, ENCONTRÁNDOSE EN CONDICIONES DE SALUD APTAS PARA DESARROLLAR LA PRÁCTICA DEL ATLETISMO FEDERADO.

Datos del Atleta

Fecha de nacimiento: _____

Mail: _____

Teléfono: _____

Nombre y Apellido del Padre o Tutor: _____

(Para atletas menores de 18 años)

DNI del Padre o Tutor: _____

Firma del Padre o Tutor: _____

Nombre y Apellido del Médico: _____

Número de Matrícula del Médico: _____

Firma y Sello del Médico: _____

Fecha _____