



CERTIFICADO de APTITUD FÍSICA 2024

CERTIFICO QUE:

DNI..... Fecha de Nacimiento..... a la fecha no presenta contraindicaciones para realizar actividad física deportiva de nivel competitivo y/o alto rendimiento, de acuerdo a su edad y contextura física.

Encontrándose en condiciones de salud apto para desarrollar la práctica de atletismo en cualquiera de sus disciplinas.

Atleta

Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

E-mail: _____

Médico: _____

Matrícula: _____

Firma y Sello: _____

Fecha y Hora: _____