



## CERTIFICADO de APTITUD FÍSICA

**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: \_\_\_\_\_