

MODELO DE CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA



CERTIFICO QUE EL Sr.

_____,
DNI _____, A LA FECHA **NO PRESENTA
CONTRAINDICACIONES PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD FÍSICA Y
DEPORTIVA DE NIVEL COMPETITIVO Y/Ó 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 y Hora _____