



## CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO

Rp. /

Certifico que \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años, con DNI N° \_\_\_\_\_

fue evaluado desde el punto de vista médico, no presentando a la fecha contraindicaciones para realizar actividad física, encontrándose en condiciones de salud aptas para la práctica de actividad física \_\_\_\_\_ (indicarlo que corresponda: moderada o de baja intensidad - vigorosa o de alta intensidad).

Fecha de emisión \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del Médico \_\_\_\_\_

Número de Matrícula del Médico \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Médico