

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA



Certifico que el Sr./a:

con DNI.....de..... años de edad, a la fecha no presenta
contraindicaciones para realizar actividad física y deportiva de alto rendimiento y/o
competitivo.

Ante quien lo requiera.

Fecha:/..... /.....

.....

Firma y sello del profesional

Para menores de edad:

Nombre y Apellido Madre, Padre o Tutor:

DNI:

Firma:

Posadas Trail- 13/Marzo/2022