

# CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO

Rp./

Certifcate que, \_\_\_\_\_ con DIN N° \_\_\_\_\_  
fue evaluado desde el punto de vista médico, no presentado a la fecha  
contraindicaciones para realizar actividad física, encontrándose en condiciones  
de salud aptas para la práctica de actividad física \_\_\_\_\_(Indicar  
lo 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