



## CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

### DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE	
APELLIDO	
DNI	
FECHA NACIMIENTO	
EDAD	
FECHA DEL EXAMEN	

Certifico que el paciente ha sido examinado clínicamente y habiéndose realizado los exámenes correspondientes, no presenta contraindicaciones que desaconsejen la realización de actividad física recreativa o deportiva, para la colonia de verano de la Municipalidad de la Ciudad de San Luis.

---

Firma y sello del medico