



Fecha:

hora:

Dejo constancia que

DNI..... edad: al examen físico, revisión de historia clínica e Interrogatorio, se encuentra APTO para la realización de actividad física deportiva / competitiva

Medicación habitual:

Alergias:

IMC:

Frecuencia semanal de entrenamiento:

Observaciones:

Firma y sello medico