



CERTIFICADO MEDICO

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 MÉDICO RESPONSABLE

SERIES

PATAGONIA