

# TOPMAN HALF SEAMAN

CERTIFICADO MEDICO

OPEN WATER

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

