****

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA**

PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO

Rp. /

Certifico que\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años, con DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

fue evaluado desde el punto de vista médico, no presentando 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