

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

NOMBRE	
APELLIDO	
DNI	
FECHA DE 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, como carreras de calle de 5km o más. El presente certificado se emite en los términos de la Ley N° 5397 y para ser presentado ante quien corresponda.

Firma y Aclaración del Paciente	Firma y Sello del Médico