Certificado Médico de Aptitud Física

Uso exclusivo del médico

Fecha:...../...../.....

Por medio de la presente el/la Dr./a.: ..... certifica que el /la estudiante....., DNI Nº..... se encuentra (Colocar Apto/a o No Apto/a) ..... para realizar actividad física correspondiente a la práctica de deporte recreativo, no existiendo impedimento de ninguna especie al respecto.

---------- ----------

Firma del/a Médico/a Sello y Nº de Matrícula

Uso exclusivo del estudiante

Yo,....., DNI Nº .....me comprometo y asumo la responsabilidad exclusiva de informar a las autoridades de la UNIVERSIDAD cualquier cambio que opere en las condiciones expuestas en la presente y que impliquen imposibilidad o restricciones para la realización de prácticas pre profesionales

Para urgencias llamar a *(indicar nombre y apellido de la persona de contacto)*:.....teléfono:..... .....Relación vincular: (Padre/Madre/vecino, etc):.....

_____

Firma del estudiante

.

UNPAZ
Universidad Nacional de José C. Paz