

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 N°..... se
encuentra (Colocar Apto/a o No Apto/a) para práctica de deporte de alto
rendimiento, no existiendo impedimento de ninguna especie al respecto.

Firma del/a Médico/a

Sello y N° de Matrícula

Uso exclusivo del estudiante

Yo,....., DNI N°
.....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 práctica de deporte de
alto rendimiento.

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

Firma del estudiante