

Comité Médico FATARCO

Constancia Médica de Aptitud Psicofísica



Lugar y fecha:

Dejo constancia que,
con fecha de nacimiento y DNI N°, cuya
Historia Clínica queda en mi poder, ha sido examinado/a clínicamente en el día de la
fecha a las horas no presentando contraindicaciones para realizar actividad
física recreativa y/o deportiva de acuerdo con su edad, grado de maduración y
desarrollo.

Firma del Médico:

Nombres y Apellidos [escrito]:

N° matrícula médica [escrito]:

Sello médico:

Firma del padre, madre o responsable:

Aclaración y DNI:

[Para menores de edad]

(Llenar con letra clara y legible)