

CONSTANCIA DE APTITUD FÍSICA

(Debe ser llenada por el Médico)

Lugar: _____ Fecha ____/____/____

Por la presente dejo constancia que: _____ DNI: _____,
de ____ años de edad, ha realizado su control anual en _____

Evaluados los antecedentes, el examen Físico y el ECG (electrocardiograma), se considera:

APTO/A SIN RESTRICCIONES

REQUIERE EVALUACIÓN ESPECIALIZADA*

Para la actividad física y la práctica de deportes que corresponden a su edad.

Esta constancia tiene validez por un año a partir de la fecha.

Los adultos a cargo se comprometen a informar ante cambios relevantes en el estado de salud del niño/a adolescente durante este lapso.

Firma y Sello

Médico/a Responsable

Firma del adulto Responsable

Aclaración y relación de parentesco

Evaluación por Especialista (sólo ante requerimiento específico*)

Lugar de Atención _____

Tel.: _____

APTO/A SIN RESTRICCIONES

APTO/A CON RESTRICCIONES

Detalle de las restricciones: _____

Esta constancia tiene validez por: _____ a partir de la fecha.

Firma y Sello
Médico/a Responsable

Firma del Adulto Responsable
Aclaración y relación de parentesco