

## 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