



CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Dejo constancia de que el paciente.....
de.....años de edad, se encuentra en condiciones clínicas aptas para
participar en actividades escolares y deportivas recreativas, acordes a su
edad y sexo. Asimismo ha cumplido hasta el día de la fecha con el
calendario oficial de vacunación.

Buenos Aires,.....de.....de 20.....

.....

Firma y sello médico