

**CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD FISICA**

( PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MEDICO )

Certifico que .....  
con DNI: ..... fue evaluado  
desde el punto de vista médico, no presentando a la fecha  
contraindicaciones para realizar actividad física, encontrándose en  
condiciones de salud apta para la práctica de actividad física  
..... (indicar lo que  
corresponda. MODERADO O DE BAJA INTENSIDAD – VIGOROSA  
O DE ALTA INTENSIDAD.)

Fecha de emisión: ...../...../.....

Nombre y apellido del médico:  
.....

Número de matrícula del médico:  
.....

.....  
Firma y sello del médico.