

## CERTIFICADO DE APTITUD

Certifico que.....DNI.....

de..... años de edad, cuya Historia Clínica queda en mi poder y en el suyo, **ha sido examinado** clínicamente el día de la fecha a las       hs. y "**en el momento de la consulta se encuentra en buen estado de Salud**, por lo cual se muestra en condiciones de realizar actividades físicas, recreativas, deportivas, que deben corresponder a su edad, sexo grado de maduración y desarrollo.-

Así mismo se deja constancia en este acto de las limitaciones de la evaluación previa, "**el presente Certificado no exime de eventos, accidentes y alteraciones en la salud que pueden ocurrir como producto del esfuerzo impuesto por la actividad que desarrolle**" por lo cual a pesar de este examen haya sido normal, siempre existe un riesgo potencial mínimo en situaciones fisiológicas de esfuerzo deportivo que han explicado y el solicitante a partir de este momento conoce.-

Observaciones:.....

Restricciones para:.....

**Contradicciones:**.....

Hasta tanto no completar el esquema de vacunas obligatorio no se debe firmar el presente

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular, padre / madre o Responsable Legal  
DNI\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico  
Fecha...../...../.....