

Certificado o APTO Médico Final

ATENCIÓN: SÓLO ENTREGUE ESTA HOJA A SU CLUB

Las Hojas de arriba son Confidenciales No deben ser entregadas salvo a personal médico

Lugar:

Fecha:

Por la presente doy constancia que he evaluado a

DNI:

De _____ años de edad y según sus Antecedentes, su Examen Físico y Estudios Complementarios solicitados considero que es:

- ☐ APTO/A SIN RESTRICCIONES para realizar los deportes que se enumeran abajo
- ☐ APTO/A CON RESTRICCIONES para realizar los deportes que se enumeran abajo
(Detallar las restricciones y el tiempo de las mismas):
- ☐ REQUIERE EVALUACIÓN DE ESPECIALISTA ANTES DE DAR APTO FINAL
Especificar que especialista debe evaluar al/la deportista:

Validez de esta certificación hasta fecha:

(En caso de lesión o enfermedad durante este periodo deberá presentar certificado de alta)

Deportes que esta certificación lo habilita a realizar:

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐ Otros: Especificar:

Si requirió evaluación de especialista y fue completada considero que el deportista mencionado

- ☐ APTO/A SIN RESTRICCIONES para realizar los deportes que se enumeran arriba
- ☐ APTO/A CON RESTRICCIONES para realizar los deportes que se enumeran abajo
(Detallar las restricciones y el tiempo de las mismas):

FASA

Firma y Sello del Médico

Fecha

Aclaración Deportista
(Si Menor 14 años Adulto Responsable)

Al Completar el Formulario "Guardar Como": Apellido(Atlleta)_Nombre(Atlleta)_NºDNI (Atlleta).pdf

Sólo debe imprimir esta última hoja para entregar en su Club con Firma y Sello de Médico Certificante