

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

CICLO:.....



DATOS DEL ASPIRANTE

Apellido y Nombre:

Tipo y N° de documento: Fecha de Nacimiento:

Edad: Grupo Sanguíneo: Factor:

Carrera / Curso:

EVALUACIÓN MÉDICA

(A COMPLETAR EXCLUSIVAMENTE POR PROFESIONAL MÉDICO)

Por la presente, y habiendo practicado el examen clínico, la evaluación de salud correspondiente y revisado los estudios y análisis solicitados por el Instituto Superior de Educación Física N°11 al/a la paciente arriba mencionado/a, CERTIFICO QUE: El/la aspirante SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO PSICOFÍSICO Y APTO/A para realizar la práctica de actividades físicas (deportivas, acuáticas, de esfuerzo físico) y exigencias académicas inherentes a su cursado en el ISEF N° 11.

OBSERVACIONES / RESTRICCIONES RELEVANTES (Marcar o completar solo si corresponde)

[☐] Sin observaciones particulares.

[☐] Apto con recomendaciones / restricciones temporales: _____

Lugar y Fecha: _____, ____ de _____ de 20_____

Firma Médico actuante

Sello del Médico actuante

ESTAMPILLA / SELLO
INSTITUCIONAL

Reservado para: • Estampilla Colegio de
Médicos (atención privada/particular) •
Sello del Efecto / Centro de Salud
(atención pública)