



CERTIFICADO MÉDICO 2025

Expedido por: Médico Clínico Especializado o Médico Cardiólogo Especializado

DATOS PERSONALES DEL JUGADOR

Apellido _____ Nombres _____

D.N.I. _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Club _____

INFORME MÉDICO

Certifico que el paciente (jugador), se encuentra **APTO** para desarrollar actividad deportiva de mediano y alto rendimiento.

Fecha: ____/____/____

Firma y Sello