FICHA DE EXAMEN MÉDICO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA:

GÉNERO: **CATEGORÍA:** **DISTRITO:**

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	DISCIPLINA DEPORTIVA	CONDICIÓN APTO/INAPTO
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				

RECOMENDACIONES

Firma y Sello

Apellidos y Nombres del Médico:

Nº C.M.