

CONTROL MÉDICO

Nombre y apellido del alumno:

Año: División: Edad:

*Por la presente manifiesto que el alumno/a examinado/a resulta clínicamente
para la práctica de Educación Física y deportes a nivel recreativo y competitivo, acorde a su
edad y sexo.*

Observaciones:.....

.....

FIRMA DEL MÉDICO: _____ SELLO: _____

LUGAR Y FECHA: _____

Nota: Debe presentarse para realizar educación física y deportes **antes del 30 de marzo de 2018** o en su defecto el certificado emitido por el médico.