

CERCERTIFICADO MEDICO DE APTITUD FISICA

CERTIFICO QUE.....DNI:
DEAÑOS DE EDAD, HA SIDO EXAMINADO EN EL DÍA DE LA FECHA Y AL MOMENTO DEL EXAMEN NO APARECEN SIGNOS DE DOLENCIAS Y/O ENFERMEDADES QUE DESACONSEJEN LA REALIZACIÓN DE TEST MÁXIMOS DE APTITUD FÍSICA (PRUEBA DE 1.000 MTS, TEST DE FUERZA ABDOMINALES, TEST DE FLEXIONES DE BRAZOS Y TEST DE SALTO VERTICAL).

OBSERVACIONES.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FIRMA DEL PACIENTE

ACLARACIÓN:

DNI:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO:

ACLARACIÓN:

FECHA: