**CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD FISICA**

Certifico que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DNI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ años 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 abdominal, test de flexiones de brazos, test de salto vertical.

Firma del paciente:

Aclaración:

DNI:

Firma y sello del Medico:

Aclaración:

Fecha: