



CERTIFICADO MÉDICO

Certifico que _____ D.N.I
Nº _____ de _____ años de edad, cuya Historia
Clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el
día de la fecha, a las..... hs., encontrándose en condiciones de
realizar actividades físicas y no presenta signos ni síntomas de
enfermedad Infecto - Contagiosa.

Fecha...../...../.....

**Firma del Padre/Madre
O Responsable Legal**

Firma y sello del Médico