

CERTIFICADO DE APTITUD PSICO FISICA – CICLO 2019

Certifico que, de
.....años de edad, DNI N°: ha sido examinado/a en el
día de la fecha, quedando su historia clínica en mi poder. El/la paciente está en condiciones de
cursar materias teóricas, y no presenta contraindicaciones para realizar actividad física, en las
prácticas del curso, en el cual esté inscripto en el **Instituto Superior de Deportes (ISDe)**.

Ha completado la profilaxis antitetánica.

Fecha:

Firma y sello del médico

Lugar: