



**DIRECCIÓN DE DEPORTES Y COMPROMISO UNIVERSITARIO / SECRETARIA DE
COOPERACIÓN, BIENESTAR Y DEPORTES**

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO/A

Rp. /

Certifico que el/la señor/a _____, con DNI
N° _____ se encuentra apto/a para realizar actividades físicas y/o
deportivas durante el 202_.

Observaciones: _____

Fecha de emisión

Firma/Sello/Matrícula del/la Médico/a