



DIRECCIÓN DE DEPORTES Y RECREACIÓN  
SECRETARÍA DE BIENESTAR Y COMPROMISO UNIVERSITARIO



### 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