

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA 2012

CERTIFICO QUE

DNI _____, A LA FECHA NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DE ACUERDO CON SU EDAD, ENCONTRÁNDOSE EN CONDICIONES DE SALUD APTAS PARA LA PRÁCTICA FEDERADA Y OTRAS COMPETENCIAS DE TENIS.

Nombre y Apellido del Padre o Tutor: _____
(para jugadores menores de 18 años)

DNI del Padre o Tutor: _____

Firma del Padre o Tutor: _____

Firma y Sello del Médico: _____

Nombre y Apellido del Médico: _____

Número de Matrícula del Médico: _____

Fecha y Hora _____

Datos del jugador

Fecha de nacimiento: _____

Mail: _____

Teléfono: _____