

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO DE CABECERA

El alumno/a se encuentra apto/a para realizar actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad y sexo.

Observaciones:

.....
.....
.....

Fecha y lugar

Firma y sello del médico

Adjuntar fotocopia del Carnet de la Obra Social