



## CERTIFICADO PARA ESTUDIANTES DE 2do. Y 4to. AÑO

El que suscribe, Doctor..... Nro. de Matricula:.....

Certifica que el Paciente: .....

Con DNI: ....., NO / SI presenta contraindicaciones para la  
práctica de Actividad Física y Deporte.

Fecha: ...../...../20.....

.....

Firma y Sello  
Médico



Instituto de Educación Física  
9-016 "Dr. Jorge E. Coll"

