

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Por la presente dejo constancia de que el Sr.:\_\_\_\_\_ DNI Nro\_\_\_\_\_ se encuentra apto para realizar actividad deportiva de alto rendimiento, basado en el resultado de la exhaustiva evaluación médica realizada por quien suscribe.

Dr/a\_\_\_\_\_

DNI\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Matrícula, Sello y Firma