



# CONFEDERACION ARGENTINA DE ATLETISMO

## CERTIFICADO MEDICO

CERTIFICO que \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a la fecha se encuentra apto para realizar actividad física de entrenamiento y competencia de alto rendimiento en atletismo, de acuerdo a su edad y desarrollo deportivo.

En caso de ser menor de edad.

Nombre y apellido del tutor: \_\_\_\_\_.

DNI: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma

Fecha realización del apto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nombre y apellido del médico: \_\_\_\_\_.

Número de matrícula del médico: \_\_\_\_\_.

Firma y sello del médico: \_\_\_\_\_.