

CERTIFICADO DE APTITUD PSICO FÍSICA - CICLO 2027/28

Certifico que....., de años de edad, DNI N°..... ha sido examinado/a en el día de la fecha, quedando su historia clínica en mi poder. El/La paciente está en condiciones de cursar materias teóricas, y no presenta contraindicaciones para realizar actividad física, en las prácticas del curso, en el cual esté inscripto en el Instituto Superior de Deportes (ISDe).
Ha completado la profilaxis antitetánica.

Lugar:..... Fecha:de de 2027

Firma y sello del médico