

Certificado de Aptitud Física

Documento oficial

Certificado de aptitud física

Por la presente, quien suscribe, profesional de la salud debidamente matriculado/a, certifica que, tras la correspondiente evaluación clínica y los estudios complementarios realizados, la persona mencionada a continuación:

- Nombre y apellido: _____
- Documento de identidad: _____
- Fecha de nacimiento: _____

Presenta un estado de salud compatible con la práctica de actividades físicas y/o deportivas, no habiéndose detectado al momento de la evaluación impedimentos físicos, cardiológicos ni clínicos que contraindiquen la realización de ejercicio moderado o intenso.

Este certificado tiene una validez de un (1) año a partir de la fecha de emisión, salvo que durante ese período la persona presente síntomas o condiciones que requieran una nueva evaluación.

Fecha: ____ / ____ / _____

Sello y firma del profesional: _____

Matrícula profesional: _____