**Certificado Médico de Aptitud Física**

***Uso exclusivo del médico***

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

Por medio de la presente el/la Dr./a.: …………………………………………………………………………………………… certifica que el /la estudiante………………………............................................., DNI Nº…………………………. se encuentra (Colocar Apto/a o No Apto/a) ................................... para práctica de deporte de alto rendimiento, no existiendo impedimento de ninguna especie al respecto.

--------------------------------------------------------- -------------------------------------------

Firma del/a Médico/a Sello y Nº de Matrícula

***Uso exclusivo del estudiante***

Yo,…………………………………………………………………………………………..., DNI Nº ………………………………………..me comprometo y asumo la responsabilidad exclusiva de informar a las autoridades de la UNIVERSIDAD cualquier cambio que opere en las condiciones expuestas en la presente y que impliquen imposibilidad o restricciones para la práctica de deporte de alto rendimiento.

Para urgencias llamar a *(indicar nombre y apellido de la persona de contacto)*:………………………………………………………………….teléfono:…………………………………...........Relación vincular: (Padre/Madre/vecino, etc):………………………………………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del estudiante

.