



Apto Médico

Dejo constancia de haber evaluado médicamente a:

.....

DNI: de años de edad;
quien se encuentra en condiciones de realizar ACTIVIDAD DEPORTIVA
COMPETITIVA; acorde a sexo, edad y grado de entrenamiento; para la
práctica deportiva de HOCKEY SOBRE HIELO.

Fecha:

.....

Firma y Sello.