



# 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 actual: .....

Fecha de vencimiento de este Apto Médico: .....

.....

Firma y Sello.