

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA -MATRICULACIÓN 2026-

El/ La que suscribe, especialista en cardiología Doctor/a
..... Nro. de
matrícula Certifica que el/la paciente:
.....

DNI, NO presenta contraindicaciones para la
práctica de Actividad Física y Deportes.

Fecha

Firma y Sello del **Cardiólogo**