



MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS



Certificado

Certifico que:

DNI Nº:.....de.....

años de edad, cuyo historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, a las.....hs. y aparece en condiciones de realizar actividades físicas, recreativas / deportivas, que deben corresponder a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

Observaciones:.....

.....

.....

.....
Firma del padre / madre o responsable legal

DNI Nº:.....

FECHA

.....
Firma y sello del médico



MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS



Certificado

Certifico que:

DNI Nº:.....de.....

años de edad, cuyo historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, a las.....hs. y aparece en condiciones de realizar actividades físicas, recreativas / deportivas, que deben corresponder a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

Observaciones:.....

.....

.....

.....
Firma del padre / madre o responsable legal

DNI Nº:.....

FECHA

.....
Firma y sello del médico



MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS



Certificado

Certifico que:

DNI Nº:.....de.....

años de edad, cuyo historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, a las.....hs. y aparece en condiciones de realizar actividades físicas, recreativas / deportivas, que deben corresponder a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

Observaciones:.....

.....

.....

.....
Firma del padre / madre o responsable legal

DNI Nº:.....

FECHA

.....
Firma y sello del médico



MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS



Certificado

Certifico que:

DNI Nº:.....de.....

años de edad, cuyo historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, a las.....hs. y aparece en condiciones de realizar actividades físicas, recreativas / deportivas, que deben corresponder a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

Observaciones:.....

.....

.....

.....
Firma del padre / madre o responsable legal

DNI Nº:.....

FECHA

.....
Firma y sello del médico