



**JUEGOS
CHUBUTENSES
PCD**



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD FISICA

CIUDAD:

Este formulario debera ser presentado antes del inicio de la competencia

Apellidos:

Nombres:

Fecha Nac:

Lugar:

Ciudad:

Tipo y Nº Doc

Fecha Examen Medico:

Por la presente certifico que este deportista al momento del presente,
se encuentra apto para participar de las actividades fisicas y deportivas

Nombre del Medico

.....
Firma y sello

Como padre o tutor del/a deportista señalado/a anteriormente lo/a
autorizo para participar de los Juegos Chubutenses 202...
que se realizaran

Firma del padre/a o tutor

Aclaracion

Por la presente declaro bajo juramento que no he consumido ninguna sustancia
prohibida y regulada por la agencia mundial Antidopaje,
para la participacion de Competencias Deportivas.

.....
Firma del deportista

Ademas, autorizo el uso de mi Imagen durante los Juegos

.....
Firma del padre/a tutor

.....
Firma del deportista