

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA
PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO**

Rp./

Certifico que _____ con DNI

Nº _____

fue evaluado desde el punto de vista médico, no presentando a la fecha
contraindicaciones para realizar actividad física, encontrándose en condiciones
de

salud aptas para la práctica de actividad física _____(indicar
lo que corresponda: moderada o de baja intensidad - vigorosa o de alta
intensidad).



Miami Fitness Retreat