

## Certificado Médico de Aptitud Física

### Uso exclusivo del médico

Fecha:...../...../.....

Por medio de la presente el/la Dr./a.: .....  
certifica que el /la estudiante....., DNI N°..... se  
encuentra (Colocar Apto/a o No Apto/a) ..... para desarrollar la totalidad de las  
actividades físicas y/o deportivas que contempla el Plan de Estudios vigente de la carrera Profesorado  
Universitario en Educación Física, no existiendo impedimento de ninguna especie al respecto.

-----  
Firma del/a Médico/a

-----  
Sello y N° de Matrícula

### Uso exclusivo del estudiante

Yo,....., DNI N° .....me  
comprometo y asumo la responsabilidad exclusiva de informar a las autoridades de la UNIVERSIDAD  
cualquier cambio que opere en las condiciones expuestas en la presente y que impliquen imposibilidad  
o restricciones para la realización de actividad física según lo exigido en el Plan de Estudios del  
Profesorado en Educación Física.

Para urgencias llamar a (*indicar nombre y apellido de la persona de  
contacto*):.....teléfono:.....Relación  
vincular: (Padre/Madre/vecino, etc):.....

UNPAZ

-----  
Firma del estudiante