

LxsMédicxs deberán completar la planilla en original

CERTIFICACIÓN MÉDICA PARA INGRESANTES A LAS CARRERAS DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA

en el Año 2025

APTITUD CLÍNICA

La/el paciente
DNI Nº goza de BUENA SALUD, sin impedimento médico, osteomioarticular, neurológico que la/lo habilite a cursar y/o practicar Educación Física y/o deportes y/o competición y/o actividades subacuáticas en la carrera universitaria de Profesor/a y/o Licenciado/a en Educación Física.

.....

Lugar y fecha

.....

Firma y sello del Médico/a

Nota: De no poder completarse el presente certificado sin observaciones o enmiendas, la/el profesional deberá completar el Anexo de Aptitud Clínica (ver reverso) indicando las limitaciones de salud que presenta, en cuyo caso se considerará la adaptación de la currícula de estudios.

APTITUD CARDIOVASCULAR

La/el paciente.....
DNI Nº goza de BUENA SALUD, sin impedimento de origen CARDIOVASCULAR que la/lo habilite a cursar y/o practicar Educación Física y/o deportes y/o competición y/o actividades subacuáticas en la carrera universitaria de Profesor/a y/o Licenciado/a en Educación Física.

.....

Lugar y fecha

.....

Firma y sello del Médico/a Cardiólogo/a y/o Deportólogo/a

Nota: De no poder completarse el presente certificado sin observaciones o enmiendas, la/el profesional deberá completar el Anexo de Aptitud Cardiovascular (ver reverso) indicando las limitaciones de salud que presenta, en cuyo caso se considerará la adaptación de la currícula de estudios.

Los Estudios Complementarios que se realicen NO deben ser presentados. Los atesorará la/el aspirante.

Anexo Aptitud Clínica

.....
.....
.....
.....

.....
Lugar y fecha

.....
Firma y sello del Médico/a

Anexo Aptitud Cardiovascular

.....
.....
.....
.....

.....
Lugar y fecha

.....
Firma y sello del Médico/a Cardiólogo/a y/o Deportólogo/a

Impuesto de las formalidades establecidas en el código penal, declaro que los datos consignados en el certificado médico, fueron realizados por la/el profesional médica/o firmante.

Si ocurriera algún cambio en mis condiciones de salud, me comprometo a comunicarlo por escrito al Departamento de Educación Física en el término de 24 horas y entregar en cinco (5) días hábiles un nuevo certificado.

Apellido y Nombre del estudiante:.....

Domicilio: Calle..... NºLocalidad.....

Prov:C.P.:..... Celular: Teléfono:

Me notifico en el día..... del mes de..... del año.....Lugar.....

.....
Firma de la/del alumno/a Aclaración DNI

.....
Firma del padre/madre o tutor(en caso de ser menor de 18años) Aclaración DNI

Convalidación Dirección de Políticas de Salud Estudiantil

.....
Firma y sello del/la responsable autorizado/a