



DIRECCIÓN ESCUELA DE ENTRENAMIENTO POLICIAL
“Cabo Hermelinda María Bonifacio”
CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:		Edad:	
Jerarquía:	Legajo:	DNI N°	
Dependencia:		DUR N°	

PRUEBAS MÉDICAS REALIZADAS

Peso:	Talla:	IMC:
F.C.:	T.A.:	

ERGOMETRÍA:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANTECEDENTES PERSONALES

Cardiovasculares:	
Respiratorios:	
Neurológicos:	
Traumatológicos:	
Endocrino-Metabólico:	
Genitourinarios:	
Infeciocontagiosas:	
Oftalmológicas:	
Auditivos:	
Alergias:	
Cirugías:	
Medicación:	
Otros:	

CERTIFICO que:
puede realizar actividades física (marcar lo que corresponda):

- Sin contraindicaciones para la práctica de actividad física – **APTO.**
- Contraindicación absoluta para la práctica de actividad física – **NO APTO.**
- Con Autorización del Especialista para la práctica de actividad física (especificar):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

____/____/2.020
Fecha de emisión

Sello y Matrícula

Firma del Médico

