



CERTIFICADO MÉDICO

El médico que suscribe.....certifica que el (la)
Paciente.....Rut:.....
presenta salud compatible para desarrollar las actividades inherentes a la
Carrera de Licenciatura en Educación y Pedagogía en Educación Física, Deporte
y Recreación.

Nombre del Facultativo:.....

N° Registro de Colegio Médico:.....

.....
Timbre y Firma del Médico

Fecha:.....