



**CERTIFICADO MÉDICO**

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

Nombre del Facultativo:.....

N° Registro de Colegio Médico:.....

.....  
Timbre y Firma del Médico

Fecha:.....