|  |  |
| --- | --- |
| REVISACIÓN MÉDICA | FICHA de APTITUD FÍSICA del JUGADOR |

|  |
| --- |
| NOMBRE Y APELLIDO: |
| DNI: | FECHA NAC.  |
| ELECTROCARDIOGRAMA |
| ANTECEDENTES PERSONALES:  |
| ANTECEDENTES HEREDITARIOS:  |
| Declaración Jurada tuvo COVID19 | **SI** | **NO** |
| **ACLARACIÓN: Si tuvo COVID19 adjuntar estudios complementarios** |
| OBSERVACIONES: |
|  |
|  |

FECHA DE EMISION……………. /…………../…………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma Jugador | Firma Padre | Firma Padre |

**CERTIFICO QUE ESTE JUGADOR FUE DEBIDAMENTE CONTROLADO CLINICAMENTE Y CONFORME A LOS EXAMENES QUE SE LE REALIZARON SE ENCUENTRAN APTO FISICAMENTE PARA LA PRÁCTICA DEL FÚTBOL.-**

-----------------------------------------------

 Firma y sello médico interviniente

Firma Secretario Firma Presidente