



## CERTIFICADO DE APTITUD FISICA

Apellidos y Nombre				Nro de Socio		
Tipo y nro de Documento					Fecha Nac.	
Edad		Grupo Sanguíneo		Obra Social		
Domicilio				Teléfono		
Localidad						
Telefono de Contacto en caso de emergencias:						

### EXAMEN GENERAL ( N=normal; A=anormal)

Peso:			Talla:			
Extremidades	N	A	Columna	N	A	
Auscultación Cardíaca	N	A	Aparato Respiratorio	N	A	
Tensión Arterial			Abdomen	N	A	
Pulso			Zona Inguinal	N	A	
Vista	N	A	Audición	N	A	

### ANTECEDENTES (complete con SI o NO)

Diabetes		Crisis asmática		
Fiebre Reumática		Síndrome Convulsivo		
Traumatismos		Cardiopatía Congénita		
Operaciones		Afecciones Alérgicas		
Enfermedades infectocontagiosas		Trastornos alimentarios		
Restricción para realizar ejercicios		Otras		

MEDICACION PERMANENTE? SI NO , CUAL? \_\_\_\_\_

Mendoza...../...../..... Firma y sello del médico.....

Por el presente **AUTORIZO** a mi hijo/a.....  
a realizar distintos tipos de actividades en el **GINNASIO DE SOBRE CARGA**, en el Club Alemán de Mendoza durante el año

Mendoza...../...../..... Firma del padre/madre/tutor.....