

CERTIFICADO DE SALUD

FECHA:

Certifico haber atendido a:,,, DNI N°

Observándose clínicamente sano, en buen estado de salud psicofísica y sin alteraciones auditivas u oftalmológicas. **APTO PARA DEPORTES NÁUTICOS**

Su grupo sanguíneo es:

Alérgico: NO (.....) SI (.....)

Donante de órganos: NO (.....) SI (.....)

FIRMA Y SELLO