

APTO MÉDICO

Fecha _____

Se deja constancia que

**se encuentra APTO para realizar DEPORTE
RECREATIVO.**

Firma y Sello del Médico

Ciudad Autónoma de Buenos Aires,

_____ de _____ de _____

_____ (DNI: _____) y
_____ (DNI: _____), en
nuestro carácter de _____
(progenitores/tutor/encargado/representante legal) de
_____, (DNI: _____)
y socio N° _____, dejo constancia de haberle
hecho realizar al menor antes referido los estudios y evaluación
para la práctica de actividad deportiva con un médico privado
(cuyos datos detallo a continuación) y entrego el certificado en
este acto adjunto a la presente.

Nombre del médico: _____

Matrícula: _____

Fecha del certificado: _____

Eximimos de toda responsabilidad al **Club Atlético Vélez Sarsfield** por cualquier consecuencia en la salud del menor antes referido, incluyendo la eventualidad del caso fortuito o fuerza mayor, renunciando irrevocablemente a accionar legalmente contra la entidad deportiva antes mencionada. Asimismo, prestamos nuestra expresa conformidad, autorizándolo a tal fin, para que el menor antes referido realice actividades deportivas en el **Club Atlético Vélez Sarsfield**.

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____