

CERTIFICADO MÉDICO DEL POSTULANTE

1. DATOS PERSONALES DEL POSTULANTE

NOMBRE:			
CÉDULA DE IDENTIDAD:		FECHA DE NACIMIENTO:	
EDAD:		PREVISIÓN:	

2. OBSERVACIONES

El médico que suscribe, declara haber realizado la presente evaluación al (la) Postulante Sr
(ta) _____ certificando que su actual
estado de salud es compatible o incompatible con el estudio de la carrera de la
Pedagogía en Educación Física. (Marque la opción de acuerdo al estado de salud)

3. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO INFORMANTE

NOMBRE COMPLETO			
ESPECIALIDAD			
CÉDULA DE IDENTIDAD		TELÉFONO	
FECHA		FIRMA Y TIMBRE	