

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 | |