



Profesorado de Educación Física
Ficha Médica
(A completar por el/la médico/a)

Apellido y nombre: _____

DNI: _____

Edad: ____ Grupo Sanguíneo: ____ RH: ____

Altura ____ Peso ____

Dejo constancia que en la localidad de _____ a los ____ del mes de _____ del año _____ he evaluado y revisado a _____ por solicitud del Instituto de Estudios Superiores IDES Trelew y por lo tanto concluyo que, al momento del examen, se encuentra apto/a físicamente para la práctica de actividades físicas y para el cursado del Profesorado de Educación Física.

Fecha:

Firma y sello del médico interviniente