



## *Certificado Médico*

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Peso del niño(a): \_\_\_\_\_ lbs

Estatura del niño(a): \_\_\_\_\_'

**Como resultado del examen médico practicado y de mis observaciones clínicas, certifico que el/la menor mencionado(a) se encuentra en óptimas condiciones de salud para participar en las diferentes actividades que ofrece REAL SOCCER ACADEMY.**

Impresión general sobre el estado físico del niño(a), diagnóstico y recomendaciones médicas:

---

---

---

---

---

---

---

Nombre del doctor(a) (en letra de molde):

Fecha:

Firma: \_\_\_\_\_

Número de licencia: \_\_\_\_\_