



GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Secretaría Auxiliar de Servicios Académicos y Servicios Educativos a la Comunidad
PROGRAMA DE EDUCACIÓN FÍSICA
Fase Interescolar o Liga Atlética Escolar

CERTIFICACIÓN MÉDICA

Certifico que el (la) joven _____ fue examinado (a) recientemente y se encuentra en óptimas condiciones de salud. Por tanto, no presenta inconvenientes para participar de actividades dinámicas como los deportes. Recomiendo que se sigan las siguientes observaciones para prevenir cualquier situación:

Firma del Médico

Número de Licencia

Fecha