

**ANEXO 5
FICHA DE EXAMEN MÉDICO**

El médico que suscribe certifica que, los estudiantes de la:

Institución Educativa:			
Disciplina Deportiva:			
Categoría:		Sexo:	
Región:	Provincia:	Distrito:	

Evaluados medicamente, según el detalle siguiente, se encuentran en condición de:

Nº	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	CONDICIÓN	DNI
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

CM:.....
(N° de colegiatura)

Nombres y apellidos:
.....

..... DNI :
Firma y Sello

Fecha de Evaluación:
Día / Mes / Año