

DECLARACIÓN DE AUSENCIA DE ENFERMEDAD PARA LA PRÁCTICA
DEPORTIVA

D./Dña. _____ con
DNI/NIE/Pasaporte _____ padre/madre/tutor legal del alumno/a
_____- , hago constar la ausencia de enfermedad o
dolencia que le incapacite para realizar práctica de actividad física y/o deportiva a
tenor de las revisiones médicas periódicas a las que ha sido sometido a lo largo de su
vida.

Firma del Padre/Madre/Tutor:

Firma del Alumno/a:

Fdo.: _____ Fdo.: _____

DNI/NIE/Pasaporte: _____ DNI/NIE/Pasaporte: _____