



CERTIFICADO DE MÉDICO
BRAVE SUMMER CAMP 2020



Nombre del Participante	
Fecha de Nacimiento	
Número Seguro Social	xxx-xx-
Dirección Física	

Peso	
Estatura	
Presión Arterial	
Alergias	
Condiciones	
Operaciones	
limitaciones	
Otros	

Por este medio certifico que he examinado al participante _____
_____, en mi opinión está ___ autorizado ___ no autorizado a participar de
las actividades recreativas del **BRAVE SUMMER CAMP 2020**.

Nombre en letra de molde

Firma del Medico

#Licencia