

**FORMULARIO
APTO MÉDICO MENORES
(HASTA 13 AÑOS)**



**UN GRAN
CLUB**

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de _____

Apellido y nombre (padre/madre/tutor o encargado) _____

DNI: _____ y _____ DNI: _____ en nuestro carácter de representante

legal como MADRE / PADRE / PADRES / TUTOR O ENCARGADO de _____

Socio N° _____ dejo constancia de haberle realizado al menor antes referido los estudios y evaluación para la práctica de actividades deportivas con un médico particular (no perteneciente al Club Atlético Vélez Sarsfield) cuyos datos detallo a continuación y adjunto el certificado correspondiente.

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

MATRÍCULA: _____

FECHA DEL CERTIFICADO: _____

Eximimos de toda responsabilidad al Club Atlético Vélez Sarsfield por cualquier consecuencia en la salud del menor antes referido, incluyendo en la eventualidad del caso fortuito o fuerza mayor, renunciando irrevocablemente a accionar legalmente contra la entidad deportiva antes mocionada.

Así mismo, prestamos nuestra expresa conformidad, autorizándolo a tal fin, para que el menor antes referido realice actividades deportivas en el Club Atlético Vélez Sarsfield.

FIRMA MADRE/PADRE/TUTOR

DNI

ACLARACIÓN

FIRMA MADRE/PADRE/TUTOR

DNI

ACLARACIÓN