

## AUTORIZACIÓN DE EXAMEN FÍSICO



Autorizo a mi hijo/a..... DNI....., a realizarse el control de salud de aptitud física para actividad competitiva. El mismo consta de examen físico, realización de electrocardiograma y evaluación cardiovascular, a cargo de personal médico y de enfermería de la Secretaría de Salud del partido de Olavarría, acompañados por personal de la Subsecretaría de Deportes y recreación.

Olavarría,.....de.....2024

\_\_\_\_\_  
Firma padre, madre o tutor

Aclaración:..... DNI:.....

## AUTORIZACIÓN DE VACUNACIÓN | Concurrir con Libreta Sanitaria



Autorizo a mi hijo/a..... DNI....., a aplicarse vacunas correspondientes al calendario obligatorio, en caso no presentar esquema nacional vigente actualizado.

Olavarría,.....de.....2024

\_\_\_\_\_  
Firma padre, madre o tutor

Aclaración:..... DNI:.....