



AUTORIZACIÓN

Posadas, _____ de _____ de 20____

Por medio de la presente, quien suscribe _____, DNI
Nº _____ en mi carácter de _____
autoriza a que personal médico del gobierno de la Provincia de Misiones pueda practicar los
controles inherentes para la confección del Certificado de Aptitud Física, correspondiente el año
lectivo en curso, del menor _____, DNI Nº
_____.

Firma Tutor

Nombre y Apellido

DNI