**Buenos Aires,**

**Señor Facultativo:**

**De Nuestra Consideración:**

**El portador de la presente, socio de este Club Universitario de Buenos Aires, a los efectos de poseer la correspondiente habilitación para conducir embarcaciones deportivas, debe someterse a reconocimiento médico a los efectos de determinar si posee condiciones físicas, psíquicas y audiovisuales compatibles con el ejercicio de la navegación, según lo establece el articulo 407.0409 de la Ordenanza Marítima N** **6/99, a que se refiere el "Régimen de las Actividades Náuticas y Deportivas".**

**El presente certificado tiene una validez de un (1) año.**

**Buenos Aires,**

***Señor Comodoro***

***Del CLUB UNIVERSITARIO DE BUENOS AIRES.***

**El portador de la presente....................................................................................................................**

**C.I. N** **........................................ (Socio N****............................) ha sido revisado por el suscripto**

**Encontrándolo en condiciones psicofisicas y audiovisuales ............................................ para ejercer actividades náuticas – Deportivas.**

**OBSERVACIONES....................................................................................................................**

**...........................................................................Grupo Sanguíneo.............................................**

**Donante: ............**

**Alérgico: ............**

**Firma del Facultativo: ............................................**

**Aclaración.................................................................**

**Matricula N****............................................................**