INSTITUTO SUPERIOR "GRAL. SAN MARTIN"

Profesorado de Educación Física

AREA MEDICA – EXAMEN PSICOLOGICO

Nombre y Apellido: ..... D.N.I.: .....

Fecha de nacimiento: ..... Edad:.....

EXAMEN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OBSERVACIONES :

El Sr./a:.....se encuentra al momento de la evaluación en buenas condiciones generales de salud psíquica para estudiar la carrera docente (Profesorado de Educación Física). SI - NO (marque con un círculo la opción correcta).

Lugar y fecha:..... Firma y sello del profesional