

CERTIFICADO MÉDICO APTITUD

APERTURA LICENCIA FEDERATIVO-DEPORTIVA

D/Dña, con DNI..... licenciado/a en Medicina y Cirugía Gral, especialista en, colegiado en el colegio de, con número

CERTIFICA QUE : (TÁCHESE LO QUE NO PROCEDA)

D/Dña, de ... años de edad, con DNI tras reconocimiento médico con realización y valoración de las pruebas complementarias que se citan a continuación

..... no presenta, en el momento actual, enfermedad infecto-contagiosa ni patología física ni mental, excepto el antecedente personal de estando en tratamiento con, además de su déficit visual consistente en y en tratamiento médico con

Esto no le impide realizar una actividad física regular, siendo considerado **APTO** para la práctica de ejercicio físico a nivel recreativo y/o de el / los deporte/s de en competición.

PARA QUE CONSTE A EFECTOS OPORTUNOS Y A INSTANCIAS DEL SERVICIO MEDICO DE LA FEDC

En, a..... de del 201..

Fdo. Dr.

Nº Col :.....