ESPACIO PARA SITUAR FIRMA DIGITAL POR FEDERACIONES / DELEGACIONES AUTONÓMICAS

FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA

FEDDF comité médico

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN:

1.-CUMPLIMENTAR POR UN FACULTATIVO (EN LETRA MANUSCRITA O EN FORMATO FORMULARIO ACROBAT SOBRE ESTE IMPRESO)
2.- EN EL CAMPO DE LA MODALIDAD DEPORTIVA DESPLEGAR EL CAMPO PARA VER LAS MODALIDADES AUTORIZADAS EN LA FEDDF
3.- PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE EL TIPO DE PRUEBAS MÉDICAS VISITAR www.feddf.es DENTRO LA SECCIÓN COMITE MÉDICO.
4.- LOS CERTIFICADOS SON DE CARACTER ANUAL POR TEMPORADA Y SERÁN VALIDOS PARA TRAMITACIÓN DE LICENCIAS DESDE LA FECHA DE EXPEDICIÓN HASTA EL 31 DE AGOSTO SIGUIENTE.
5.-EL PERIODO DE EXPEDICION DE UN CERTIFICADO HASTA LA FECHA DE TRAMITACIÓN DE LICENCIA NO PODRÁ EXCEDER DE 3 MESES.
6. IMPRIMIR EL DOCUMENTO.
7. FIRMAR Y SELLAR POR EL MÉDICO.
8. ENTREGAR EN LA FEDERACIÓN TERRITORIAL.

Nº de registro

CERTIFICO QUE EL PRESENTE DOCUMENTO ES FIEL REPRODUCCIÓN DE SU ORIGINAL

CMD

Certificado Médico Deportivo

Datos del médico

Nombre del médico (apellidos, nombre)

Colegiación (Colegio,Provincia, nÜde colegiado)

Datos del deportista

Nombre del deportista (apellidos, nombre, NIF)

Representante legal (apellidos, nombre, NIF)

Pruebas médicas realizadas Marcar las pruebas realizadas y/o a¶adir otras

- ☒ Antecedentes personales y familiares
- ☒ Exploraci· n cardio-respiratoria b§sica
- ☒ Valoraci· n funcional del d®ficit o secuelas
- ☒ Electrocardiograma (mayores de 14 a¶os)
- ☒ Prueba de esfuerzo b§sica indirecta
- ☐ Otras opcionales : (especificar).....

Resultado de las pruebas No pueden aparecer resultados m®dicos de las pruebas realizadas

☐ Apto para la pr§ctica de la modalidad deportiva adaptada de.. .

☐ No Apto para la pr§ctica de la modalidad deportiva adaptada de. .

Comentarios

Fecha de expedición

Firma y sello del médico

borrar datos del formulario

REMITIR EL DOCUMENTO A TRAVÉS DE SU FEDERACIÓN/ DELEGACIÓN TERRITORIAL A LA FEDDF PARA LA TRAMITACIÓN DE LA LICENCIA FEDERATIVA