

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

CERTIFICA QUE:

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

El interesado refiere que no presenta, en el momento actual, ninguna enfermedad  
infecto-contagiosa ni patología, excepto el antecedente personal de

.....  
estando en tratamiento con:

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

PARA QUE CONSTE A LOS EFECTOS OPORTUNOS Y A INSTANCIAS DE LA  
FEDERACIÓ D'ESPORTS ADAPTATS DE LA COMUNITAT VALENCIANA:

En ..... , a..... de ..... de 20....

Fdo. Dr. ....  
Nº Col :.....