

CERTIFICADO MÉDICO DEPORTIVO TEMPORADA

SE DEBERAN RELLENAR TODOS LOS APARTADOS MARCADOS COMO OBLIGATORIOS
EN CASO DE NO PROCEDER EL CERTIFICADO MEDICO DEPORTIVO SE DARA COMO "NO VALIDO" PARA EL TRAMITE

Datos Titular (Obligatorio)

Nombre - Apellidos		DNI/NIF/NIE	
Fecha Nacimiento	Nacionalidad	Usuario Silla de Ruedas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Entidad			
Discapacidad Intelectual <input type="checkbox"/>	Discapacidad Física <input type="checkbox"/>	Discapacidad Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/>	Discapacidad Visual <input type="checkbox"/>
Personas Sordas <input type="checkbox"/>	Sin Discapacidad <input type="checkbox"/>		
Deportes Vincular Licencia (Marcar todos)	Atletismo <input type="checkbox"/>	Ajedrez <input type="checkbox"/>	Bádminton <input type="checkbox"/>
	Baloncesto <input type="checkbox"/>	Baloncesto Silla Ruedas <input type="checkbox"/>	Boccia <input type="checkbox"/>
	Bowling <input type="checkbox"/>	Carreras x Montaña <input type="checkbox"/>	Deportes Invierno <input type="checkbox"/>
	Esguiza Silla Ruedas <input type="checkbox"/>	Fútbol 7 <input type="checkbox"/>	Fútbol <input type="checkbox"/>
	Fútbol Sala <input type="checkbox"/>	Goallball <input type="checkbox"/>	Guía Atletismo DV <input type="checkbox"/>
	Hípica <input type="checkbox"/>	Hockey <input type="checkbox"/>	Natación <input type="checkbox"/>
	Pádel Silla Ruedas <input type="checkbox"/>	PPMM <input type="checkbox"/>	Pétanca <input type="checkbox"/>
	Portero Fútbol DV <input type="checkbox"/>	Rugby Adaptada <input type="checkbox"/>	Slalom <input type="checkbox"/>
	Tiro Olímpico <input type="checkbox"/>	Otros (Especificar)	

Datos Titular (información Adicional)

Peso	Altura	Alergias
FC	TA	Pulso
		ROTS
		Auscultación Cardio Pulmonar
Medicaciones		

Datos Profesional Médico (Obligatorio)

Nombre y Apellidos	DNI/NIF/NIE
Número Colegiado	Especialidad

Información importante Certificado Médico Deportivo

El Certificado Médico Deportivo tendrá validez según Tipo de Normativa Estatal de Licencias, por lo que lo que será necesario incluir la VALIDEZ del mismo, siempre hablando de Temporada Completas

 <p>Licencia NACIONAL FEDDF Validez Anual desde la FECHA DE EXPEDICION hasta el 30 de Agosto mas próximo</p>	 <p>Licencia NACIONAL FEDPC Validez Anual desde la FECHA DE EXPEDICION hasta el 30 de Septiembre mas próximo</p>	 <p>Licencia NACIONAL FEDC Validez Anual desde la FECHA DE EXPEDICION hasta el 30 de Septiembre mas próximo</p>	 <p>Licencia NACIONAL FEDS Validez DOS TEMPORADAS desde la FECHA DE EXPEDICION hasta el 30 de SEPTIEMBRE más próximo</p>
---	---	---	---

Fecha de Expedición (Obligatorio)

He revisado la información médica arriba detallada, examinado el titular del Certificado Médico Deportivo, CERTIFICO que **NO HAY NINGUNA EVIDENCIA MEDICA** impida al TITULAR poder realizar **actividades fisico-deportivas** y de **competición** en esta TEMPORADA desde la firma de este documento.

Sello y firma Colegiado

Apto No Apto Pendiente Prueba Medica

Como TITULAR, AUTORIZO sea UTILIZADO mi CERTIFICADO MEDICO DEPORTIVO a otras entidades (Administraciones Publicas, Entidades asociadas, Federaciones Nacionales con discapacidad) vinculadas a Federación Deporte Adaptado de Castilla y León para la temporada VIGENTE, siempre que sea para realizar actividades deportivas de competición organizadas o no por la Federación de Deporte Adaptado de Castilla y León