

DATOS DEL MÉDICO

Dña/D, _____, con DNI/NIF/NIE _____, licenciada/o
en Medicina, especialista en _____, colegiado
en _____, con Nº de Colegiada/o _____

DATOS DEL DEPORTISTA/ ENTIDAD / ESPECIALIDADES DEPORTIVAS

Que el/la DEPORTISTA _____, con
DNI/NIF/NIE _____, perteneciente a la entidad _____, ha
sido sometido/a reconocimiento médico deportivo, y, en el momento actual, NO PRESENTA enfermedad
o problema de salud que le impida o desaconseje realizar actividad física incluso a nivel competitivo,
siendo:

APTO

NO APTO

PENDIENTE DE PRUEBA MEDICA

Si el/la DEPORTISTA es **APTO**, podrá realizar **actividades físico-deportivas** y de **competición** en esta
TEMPORADA desde la firma de este documento en las especialidades de

Y para que así conste, expido el presente Certificado

En _____, a ____ de _____ de ____

Firma y Sello del Colegiado Médico