

## CERTIFICADO MÉDICO APTITUD

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 ninguna 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 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 DE LA FVDA-KEEF

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

Fdo. Dr. ....

Nº Col:.....