

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, nº de colegiado)

---

### Datos del deportista

Nombre del deportista (apellidos, nombre, NIF)

---

Representante legal (apellidos, nombre, NIF)

---

### Pruebas médicas realizadas

Marcar las pruebas realizadas y/o añadir otras

- Antecedentes personales y familiares (obligatoria)
- Exploración cardio-respiratoria básica (obligatoria)
- Valoración funcional del déficit o secuelas (obligatoria)
- Exploración por aparatos (opcional)
- Prueba de esfuerzo básica indirecta (obligatoria)
- Otras opcionales : (especificar).....

### Resultado de las pruebas

No pueden aparecer resultados médicos de las pruebas realizadas

- Apto para la práctica de la modalidad deportiva adaptada de.....
- No Apto para la práctica de la modalidad deportiva adaptada de.....

### Comentarios

---

Fecha de expedición

---

Firma y sello del médico