



CERTIFICADO MÉDICO APTITUD

D./D^a. _____, con
DNI _____, licenciado/a en Medicina y Cirugía General, especialista en
_____, colegiado en el colegio de
_____, con número _____.

CERTIFICA QUE: (TÁCHESE LO QUE NO PROCEDA)

D./D^a. _____, 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 del ejercicio físico a nivel recreativo y/o de competición, en el/los deporte/s de:

PARA QUE CONSTE A EFECTOS OPORTUNOS Y A INSTANCIAS DEL SERVICIO MÉDICO DE LA FEDPC:

En _____, a _____ de _____ de 20____

Fdo. Dr. _____

Nº Col.: _____