

## CERTIFICADO MÉDICO APTITUD

### APERTURA LICENCIA FEDERATIVO-DEPORTIVA

D/Dña ..... , con DNI.....  
licenciado/a en Medicina y Cirugía Gral, especialista en  
..... , colegiado/a 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, enfermedad infecto-contagiosa ni patología  
física ni mental, excepto el antecedente personal de .....  
estando en tratamiento con ..... ,  
ademaás de su déficit visual consistente en ..... y en  
tratamiento médico 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 DEL SERVICIO MEDICO DE LA FEDC**

En ..... , a ..... de ..... del 201..

Fdo. Dr./a. ....

Nº Col : .....