

CERTIFICADO MÉDICO APTITUD

APERTURA ACREDITACIONES FEDC

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
además 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 20....

Fdo. Dr./a.

Nº Col :