



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD DEPORTIVA

Dña/D,, con DNI
licenciada/o en Medicina, especialista en, colegiado en
....., con Nº de Colegiada/o

CERTIFICA:

QUE el/la DEPORTISTA, con DNI, ha sido sometido/a a reconocimiento médico deportivo, y, en el momento actual, NO PRESENTA enfermedad o problema de salud que le impida o desaconseje realizar actividad física incluso a nivel competitivo, siendo considerado/a (APTO / NO APTO / CON APTITUD CONDICIONADA) para la práctica deportiva incluyendo la competición. *Si aptitud condicionada a algo especificar: Y para que así conste, expido el presente Certificado*

En, a de de 202.....

FIRMA Y SELLO