



CERTIFICADO MÉDICO APTITUD

D/Dña , con DNI.....
licenciado/a en Medicina y Cirugía Gral., especialista en
..... , colegiado 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 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 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 FEDPC**

En..... , a..... de..... del 2...

Fdo. Dr.

Nº Col:.....