



**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 200...

Fdo. Dr. ....  
Nº Col:.....