

CERTIFICADO MÉDICO APTITUD

APERTURA LICENCIA FEDERATIVO-DEPORTIVA

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, 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.

Nº Col :

SERVICIO MEDICO DE LA F.E.D.C. Tfno : 913536178

F.E.D.C - Paseo de la Habana, nº208 (28036-Madrid)

Tfno : 91 353 61 61

Fax.: 91 353 61 79

fedc@once.es

www.fedc.es