



## CERTIFICADO MÉDICO APTITUD

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, con  
DNI \_\_\_\_\_, licenciado/a en Medicina y Cirugía General, especialista en  
\_\_\_\_\_, colegiado en el colegio de  
\_\_\_\_\_, con número \_\_\_\_\_.

### CERTIFICA QUE: (TÁCHESE LO QUE NO PROCEDA)

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, 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 del ejercicio físico a nivel recreativo y/o de competición, en el/los deporte/s de:

\_\_\_\_\_

**PARA QUE CONSTE A EFECTOS OPORTUNOS Y A INSTANCIAS DEL SERVICIO MÉDICO DE  
LA FEDPC:**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Fdo. Dr. \_\_\_\_\_

Nº Col.: \_\_\_\_\_