

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD DEPORTIVA

DATOS

APELLIDOS

NOMBRES

DNI N°

FECHA DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD

CLUB DE PERTENENCIA

FEDERACIÓN DE PERTENENCIA

ANTECEDENTES PERSONALES

Cardiovasculares:

Respiratorios:

Neurológicos:

Traumatológicos:

Endocrinos y Metabólicos:

Genitourinarios:

Infectocontagiosas:

Oftalmológicos:

Auditivos:

Alergias:

Cirugías:

Medicación:

Vacunas COVID-19

1º Dosis

2º Dosis

Certifico que el/la Sr./a/ita _____ puede realizar actividades físicas competitivas.

Marcar la opción que corresponda

- Sin contraindicaciones para la práctica de ejercicio físico y/o deporte.
 Con autorización de especialista para realizar ejercicios físicos (especificar)
 Contraindicación absoluta para la practica deportiva

ESTE CERTIFICADO MÉDICO ES VÁLIDO HASTA EL _____ (Fecha optativa, en función de criterios médicos)

/ /

FECHA DE EMISIÓN

SELLO Y MATRICULA

FIRMA DEL MEDICO