

CERTIFICADO MÉDICO

TEMPORADA 20 ___/20 ___

NOMBRE DEL DEPORTISTA:

Nº D.N.I.:

NOMBRE DEL CLUB:

NOMBRE DEL DOCTOR:

Nº COLEGIADO:

CERTIFICA:

QUE EL DEPORTISTA ARRIBA INDICADO NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES CONCRETAS
QUE LE IMPIDAN LA PRÁCTICA DEPORTIVA EN ACTIVIDADES ORGANIZADAS EN
FEDERACIONES DEPORTIVAS OFICIALES

Sello y firma

En _____, a ____ de _____ de 20 ____