



CEMAD



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD DEPORTIVA

DATOS

APELLIDOS

NOMBRES

DNI Nº

FECHA DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD

CLUB DE PERTENENCIA

FEDERACIÓN DE PERTENENCIA

PRUEBAS MÉDICAS REALIZADAS (marcar las pruebas realizadas y/o añadir otras)

Exploración cardio-respiratoria

PESO

Exploración aparato locomotor

TALLA

Electrocardiograma (*)

T.A.

Prueba de esfuerzo

F.C.

Otros

(*) ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE LA REALIZACIÓN DE LOS MISMOS

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