**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 …..………………………………………………, ademas 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 202..

Fdo. Dr. ………………………………………………………..

Nº Col :………………………………….