

CERTIFICO QUE EL PRESENTE
DOCUMENTO ES FIEL
REPRODUCCIÓN DE SU ORIGINAL

CMD

Certificado Médico Deportivo

Datos del médico

Nombre del médico (apellidos, nombre)

Colegiación (Colegio, Provincia, nº de colegiado)

Datos del deportista

Nombre del deportista (apellidos, nombre, NIF)

Representante legal (apellidos, nombre, NIF)

Pruebas médicas realizadas

Marcar las pruebas realizadas y/o añadir otras

- Antecedentes personales y familiares (obligatoria)
- Exploración cardio-respiratoria básica (obligatoria)
- Valoración funcional del déficit o secuelas (obligatoria)
- Exploración por aparatos (opcional)
- Prueba de esfuerzo básica indirecta (obligatoria)
- Otras opcionales : (especificar).....

Resultado de las pruebas

No pueden aparecer resultados médicos de las pruebas realizadas

- Apto para la práctica de la modalidad deportiva adaptada de.....
- No Apto para la práctica de la modalidad deportiva adaptada de.....

Comentarios

Fecha

Válido hasta el 31 de agosto de,.....

Firma y sello del médico