

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD DEPORTIVA - TEMPORADA 2022

Dña/D,, con DNI,
licenciada/o en Medicina, especialista en, colegiado en
....., con N° de Colegiada/o, CERTIFICO:

QUE el/la DEPORTISTA, con DNI,
ha sido sometido/a a reconocimiento médico deportivo, y, en el momento actual, NO
PRESENTA enfermedad o problema de salud que le impida o desaconseje realizar
actividad física incluso a nivel competitivo, siendo considerado/a (APTO / NO APTO /
CON APTITUD CONDICIONADA*) para la práctica
deportiva incluyendo la competición.

**Si aptitud condicionada a algo especificar:*

Y para que así conste, expido el presente Certificado en,
a de de dos mil

FIRMA Y SELLO