



FEDERACIÓN  
ESPAÑOLA  
DEPORTES  
DISCAPACIDAD  
INTELECTUAL

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD DEPORTIVA**  
**TEMPORADA 2024**

Dña/D, ....., con DNI .....  
licenciada/o en Medicina, especialista en ....., colegiado en  
....., con Nº de Colegiada/o .....,

CERTIFICA:

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 202....

**FIRMA Y SELLO**

En virtud del RGPD 679/2016 de 27 de abril de 2016 de Protección de datos, por aplicación del deber de informar del artículo 14, el  
Responsable del tratamiento es FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL, con  
domicilio en C/ FERRAZ, 16 – 6º IZQ C.P.: 28008 - MADRID (MADRID). Y FEDI-CV con domicilio en Ronda Isaac Peral i Caballero 5  
46980 Paterna (Parque Tecnológico)