



**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD DEPORTIVA**  
**TEMPORADA 2026**

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**