

FIVB**FEVA**
CEMAD**CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD DEPORTIVA****DATOS**

APELLIDOS

NOMBRES

DNI N°

FECHA DE NACIMIENTO

 / /

NACIONALIDAD

CLUB DE PERTENENCIA

FEDERACIÓN DE PERTENENCIA

PRUEBAS MEDICAS REALIZADAS (marcar las pruebas realizadas y/o añadir otras)

- Exploración cardio-respiratoria
- Exploración aparato locomotor
- Electrocardiograma
- Prueba de esfuerzo
- Otros

PESO

TALLA

T.A.

F.C.

ANTECEDENTES PERSONALES

Cardiovasculares:

Respiratorios:

Neurológicos:

Traumatológicos:

Endocrinos y Metabólicos:

Genitourinarios:

Infectocontagiosas:

Oftalmológicos:

Auditivos:

Alergias:

Cirugías:

Medicación:

Otros:

Certifico que puede realizar actividades físicas competitivas.

Marcar la opción que corresponda

- Sin contraindicaciones para la práctica de ejercicio físico y/o deporte.
- Con autorización de especialista para realizar ejercicios físicos (especificar)
- Contraindicación absoluta para la practica deportiva

ESTE CERTIFICADO MÉDICO ES VÁLIDO HASTA EL/...../..... (Fecha optativa, en función de criterios médicos)

/ /
FECHA DE EMISIÓN

SELLO Y MATRICULA

FIRMA DEL MEDICO