

CMD

CERTIFICADO MÉDICO DEPORTIVO:

**DATOS DEL MÉDICO:**

Nombre del médico apellidos y nombre:

Colegiación:

**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:
	+ APARATO LOCOMOTOR :
	+ APARATO RESPIRATORIO :
	+ APARATO CIRCULATORIO :
	+ ORL :
* Otras opcionales (especificar)

PESO: TALLA:

T.A. REPOSO: T.A. TRAS 20 FLEXIONES:

F.C.: F.C. TRAS 20 FLEXIONES:

**Resultado de las pruebas** No pueden aparecer resultados médicos de las pruebas realizadas.

* Apto para la práctica de la modalidad deportiva de EDMI (Escuelas Deportivas de Iniciación)
* No Apto para la práctica de la modalidad deportiva de EDMI (Escuelas Deportivas de Iniciación)

Fecha de expedición:

Firma y sello del médico: