

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:
