

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:

Modalidad de Escuela Deportiva: _____

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 EDM I (Escuelas Deportivas de Iniciación)
- No Apto para la práctica de la modalidad deportiva de EDM I (Escuelas Deportivas de Iniciación)

Fecha de expedición:

Firma y sello del médico:
