



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD DEPORTIVA 2017

DATOS DEL DEPORTISTA

Apellidos:

Nombre:

DNI:

Sexo: Masculino Femenino

Fecha de nacimiento: / /

Dirección:

Código Postal: | _____ |

Ciudad:

País:

El médico abajo firmante: D.....

Colegiado nº

Colegio de médicos de.....

Certifica haber examinado al Sr. / Sra.:

Y, como consecuencia de las pruebas médicas realizadas, NO HABER CONSTATADO en esta fecha ninguna contraindicación médica para la práctica del ciclismo en competición, como es el caso de L'Ariégeois Cyclo sportive, actividad deportiva de larga distancia.

Hecho en....., el

Firma y sello del médico.