

CERTIFICADO DE APTITUD

Dr.

Médico Colegiado con el número

CERTIFICA:

Que en las exploraciones realizadas a _____ ,
con fecha de nacimiento _____ y _____ años de edad, no se le ha detectado
ningún impedimento que le imposibilite la práctica del deporte federado, y es APTO para
participar en competiciones deportivas.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo y entrego el presente certificado a
día de _____ de _____ .

Firma y sello.