

Datos del deportista

Nombre y apellidos

DNI/NIE/Pasaporte

Nombre y apellidos del representante legal

DNI/NIE/Pasaporte

Datos de la valoración funcional médico-deportiva

Nombre del centro médico

Núm. acreditación del centro médico

Pruebas médicas

(Se deben marcar las realizadas y/o, si procede, añadir otras)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antecedentes personales y familiares | <input type="checkbox"/> Exploración por aparatos |
| <input type="checkbox"/> Exploración cardiorespiratoria básica | <input type="checkbox"/> Electrocardiograma |
| <input type="checkbox"/> Exploración básica del aparato locomotor | <input type="checkbox"/> Ergometría (prueba de esfuerzo) |
| <input type="checkbox"/> Otras | |

Indicaciones para la práctica del ejercicio físico en función de los resultados de las pruebas médicas
(No se pueden hacer constar resultados médicos de pruebas realizadas)

- Sin contraindicaciones aparentes para la práctica de ejercicio físico y/o deportivo
- Con limitaciones específicas para el ejercicio físico (se incluye adjunto informe médico de prescripción de ejercicios)
- Contraindicación absoluta para la práctica deportiva

Observaciones

Datos del médico declarante

Nombre y apellidos

Colegio

Núm. colegiado

Firma y sello

Válido hasta

Lugar y fecha