

CERTIFICADO MÉDICO APTITUD

D/Dña , con DNI.....
licenciado/a en Medicina y Cirugía General, especialista en
..... , colegiado en el colegio de ,
con número , a través del presente documento, ante la
Federación Vasca de Triatlón:

CERTIFICA

Que D/Dña (DEPORTISTA), con DNI ,
nacido el , tras ser sometido/a al oportuno reconocimiento
médico no presenta, en el momento actual, enfermedad o patología o problema
de salud que le/a impida o desaconseje realizar actividad física, siendo
considerado/a APTO/A para la práctica de entrenamiento y competición de la
modalidad deportiva de triatlón.

Y para que así conste y surta los oportunos efectos, firma este certificado en
..... , a..... de del 201.

Fdo. Dr.
Nº Col :