



CERTIFICADO MÉDICO

Nombre del Deportista: _____

Fecha de Nacimiento: _____ DNI: _____

Nombre del Club: _____

A). HISTORIA CLÍNICA:

✓ Antecedentes personales-familiares de interés:

✓ Medicación:

✓ Alergias:

B). EXPLORACIÓN FÍSICA:

✓ Auscultación cardiopulmonar:

✓ FC/TA/pulsos/ROTS:

✓ Resto de interés

OBLIGATORIO RELLENAR

Certifico haber reconocido a este deportista, y lo declaro:

APTO **NO APTO**

En _____, a _____ de _____ de 2024

Nombre, firma y sello del médico especialista:

Los datos personales recogidos en este formulario sean tratados por FECAM con las finalidades descritas más arriba. La base jurídica que legitima el tratamiento es el consentimiento del interesado. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, así como otros derechos y contactar con nuestro Delegado de Protección de datos, a través del email dpo@fecamclm.es. Si considera que sus derechos han sido vulnerados, puede interponer una reclamación ante la AEPD. www.aepd.es