

## CERTIFICAT MÈDIC CERTIFICADO MÉDICO

**Nom i Cognoms de l'esportista:** .....  
*Nombre y apellidos del deportista*  
**Núm. DNI :** .....  
*Nº DNI*

**Nom del Metge:** ..... **Núm. Col·legiat:** .....  
*Nombre del médico* *Nº Colegiado*

### **CERTIFICA:**

Que la discapacitat psíquica o física de l'esportista esmentat anteriorment no l'impossibilita per a realitzar les activitats d'educació física o lleure, així com les de competició esportiva.

*Que la discapacidad psíquica o física del deportista mencionado anteriormente no le imposibilita para realizar las actividades de educación física u ocio, así como las de competición deportiva.*

### **DOSSIER MÈDIC:**

- 1.- **Sistema nerviós:** .....  
*Sistema nervioso*
- 2.- **Sistema cardio respiratori:** .....  
*Sistema cardio respiratorio*  
**Sistema endocrí:** .....  
*Sistema endocrino*
- 3.- **Diabètic:** .....  
*Diabético*
- 4.- **Al·lèrgies:** .....  
*Alergias*
- 5.- **Vacunació: tètanus** .....  
*Vacunación: tétano*
- 6.- **Medicació:** .....  
*Medicación*
- 7.- **Observacions:** .....  
*Observaciones* .....

A ....., de ..... de 20.....

**Signat Metge**  
*Firmado Médico*

**Segell Col·legiat**  
*Sello Colegiado*