

## **CERTIFICADO MEDICO 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 20....

Fdo. Dr. ....

Nº Col. ....