

Certificado o APTO Médico Final FASA Federados

ATENCIÓN: SÓLO ENVÍE o ENTREGUE ESTA HOJA A SU CLUB

Las Hojas de Historia Clínica son Confidenciales No deben ser entregadas salvo a personal médico

Lugar:

Fecha:

Por la presente doy constancia que he Examinado y Evaluado a
DNI: De años de edad y según sus Antecedentes, su Examen Físico y Estudios
Complementarios solicitados considero, en este momento, que el Deportista evaluado es:

APTO/A SIN RESTRICCIONES para realizar el/los Deporte/s que se enumera/n abajo

P APTO/A CON RESTRICCIONES para realizar el/los Deporte/s que se enumera/n abajo
(Detalle las restricciones y el tiempo de las mismas):

REQUIERE EVALUACIÓN DE ESPECIALISTA/S ANTES DE DAR APTO FINAL

Especifique que especialista debe evaluar al/la deportista:

Validez de esta certificación hasta fecha:

(En caso de Lesión o enfermedad durante este
Periodo deberá presentar certificado de alta)

Deportes y Categoría que esta certificación lo habilita a practicar:

Deporte

Categoría

Puede incluir Otros
Deportes/Ejercicios para que
el deportista pueda
presentar este certificado en
más de una Institución, pe
Gimnasio, etc

Deporte

Categoría

Deporte

Categoría

Deporte

Categoría

Otros: Especificar

Si requirió Evaluación de Especialista y fue completada, certifico, en este momento, que el
deportista Evaluado es:

APTO/A SIN RESTRICCIONES para realizar el/los Deporte/s que se enumera/n arriba y según fecha caducidad

APTO/A CON RESTRICCIONES para realizar el/los Deporte/s que se enumera/n arriba y según fecha caducidad

(Detalle las restricciones y el tiempo de las mismas):

Firma y Aclaración del Médico
(Inserte Imagen de Firma + Aclaración y Matricula al lado)

Fecha del Apto

Aclaración Deportista (Apellido + DNI)
(Sólo Si Menor 14 años Aclara Adulto Responsable)

¿Cómo Guardar este documento?: Ir arriba a "Archivo": "Guardar como": APTO_Apellido_Nº DNI

Envíe este APTO a su Club de referencia