





CERTIFICADO MÉDICO – TEMPORADA 2026

Nombre del Deportista:	
Fecha de Nacimiento: DNI:	
Nombre del Club:	
A) LUCTORIA CIÁNICA.	
A). HISTORIA CLÍNICA:	
✓ Antecedentes personales-familiares de interés:	
✓ <u>Medicación:</u>	
✓ <u>Alergias:</u>	
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 2	02 .
Nombre del médico, especialidad, firma y sello de colegiado:	- <u>—</u> -

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