

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
- 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:

- | | | |
|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Deporte - <input type="text"/> | Categoría - <input type="text"/> | Puede incluir Otros Deportes/Ejercicios para que el deportista pueda presentar este certificado en más de una Institución, peJ Gimnasio, etc |
| <input type="checkbox"/> Deporte - <input type="text"/> | Categoría - <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> Deporte - <input type="text"/> | Categoría - <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> Deporte - <input type="text"/> | Categoría - <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> Otros: Especificar <input type="text"/> | | |

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):

Coloque Imagen Firma o Imprima y Firme Aquí



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