OCISPORT
OUTDOOR EXPERIENCES

CERTIFICADO MÉDICO

PARA LA PARTICIPACIÓN EN COMPETICIONES DE TRAIL RUNNING 2022

D./Dña. _____Médico con ejercicio profesional en _____ y número de colegiado_____.

Ha sido sometido/a a una valoración de aptitud médico–deportiva, que incluye:

□ Antecedentes médicos y deportivos (personales y familiares)

□ Exploración cardiorrespiratoria (con auscultación completa, TA y FC, pulsos periféricos.

□ Exploración del aparato locomotor.

□ ECG en reposo.

□ Otras: .....

CERTIFICA;

Que D./Dña. _____ con DNI _____ puede ser considerado/a *_____ para la realización de las actividades físico-deportivas propias de los eventos deportivos de TRIAL RUNNING, en sus diversas versiones de Montaña o similar.

□ APTO, sin contraindicaciones absolutas para la práctica deportiva.

□ APTO con limitaciones para la práctica de actividad física y deportiva (se entregará un informe al deportista).

□ NO APTO CONDICIONAL a la aportación de evaluación médica ulterior.

□ NO APTO, con LIMITACIÓN ABSOLUTA para la práctica deportiva y de competición.

Y para que así conste donde convenga, y a instancias de _____

En _____ a_____ de_____ de 20_____

Firma del deportista

(o representante legal, con DNI)

Firma del Médico, nº colegiado y sello