FEDERACION ESPAÑOLA DE
ACTIVIDADES SUBACUATICAS

INFORME MEDICO DEPORTIVO

Don .....

Especialista en Medicina Deportiva o en Medicina y Cirugía, domiciliado en .....

..... Colegiado n.º .....

HAGO CONSTAR: Que del examen practicado a Don .....

el día ..... de ..... de 19....., según datos que obran en su Ficha de Control Médico-Fisiológico, no se deducen contraindicaciones concretas que impidan la práctica del buceo con escafandra autónoma-pesca submarina (táchese lo que no interese).

....., a ..... de ..... de 19.....

Firma del Médico,

Club .....

Local Social .....

Sello del Club