

ANEXO II.

MODELO CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD DEPORTIVA
TEMPORADA 2026

Sr./Sra., con DNI
..... licenciada/o en Medicina, especialista en
....., colegiado en, con N° de
Colegiada/o

CERTIFICA:

QUE el/la DEPORTISTA, con DNI
....., ha sido sometido/a a reconocimiento médico deportivo y, en el momento
actual, **NO PRESENTA** enfermedad o problema de salud que le impida o desaconseje realizar
actividad física incluso a nivel competitivo, siendo considerado/a (APTO / NO APTO / CON
APTITUD CONDICIONADA*) para la práctica de todas las especialidades deportivas
contempladas en FEDDI, incluyendo la competición, con la excepción de la/s siguiente/s
especialidad/des:

**En caso de no consignarse ninguna en este espacio se considerará apto/a el/la deportista para la práctica
de todas las especialidades.**

Y para que así conste, expido el presente Certificado

En, a de de
202.....

FIRMA Y SELLO

En virtud del RGPD 679/2016 de 27 de abril de 2016 de Protección de datos, por aplicación del deber de informar del artículo 14, el Responsable del tratamiento es FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL, con domicilio en C/ FERRAZ, 16 – 6º IZQ C.P.: 28008 - MADRID (MADRID).

