



FEDERACION ESPAÑOLA DE  
ACTIVIDADES SUBACUATICAS

## INFORME MEDICO DEPORTIVO

Don/Dña. ....

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

.....

.....

..... Colegiado nº .....

HACE CONSTAR:

Que del examen practicado a

Don/Dña. ....

el día..... de..... de..... según datos que obran en su Ficha de Control

Médico-Fisiológico, no se deducen contraindicaciones concretas que impidan la prác-

tica del buceo con escalanncia autónoma.

..... a ..... de .....

(Firma del Médico)

Club.....

Local Social .....

(Sello del Club)