



FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE  
ACTIVIDADES SUBACUÁTICAS

# INFORME MÉDICO DEPORTIVO

Don/Dña. ....

domiciliado en .....

.....

..... Colegiado nº .....

HAGO CONSTAR:

Que del examen practicado a

Don/Doña. ....

El día ..... de ..... de ....., 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.

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

(Firma del Médico)

---

Club .....

Local Social .....

(Sello del Club)