



Certificat mèdic esportiu (CME)

Dades de l'esportista

Nom i cognoms	NIF
Nom i cognoms del/de la representant legal	NIF

Dades de la valoració funcional medicoesportiva

Nom del centre mèdic	Núm. d'acreditació del centre mèdic
----------------------	-------------------------------------

Proves mèdiques

(Cal marcar-ne les realitzades i/o, si escau, afegir-ne d'altres)

- | | |
|---|--|
| ☐ Antecedents personals i familiars | ☐ Exploració per aparells |
| ☐ Exploració cardiorespiratòria bàsica | ☐ Electrocardiograma |
| ☐ Exploració bàsica de l'aparell locomotor | ☐ Ergometria (prova d'esforç) |
| ☐ Altres: | |

Indicacions per a la pràctica d'exercici físic en funció dels resultats de les proves mèdiques
(No es poden fer constar resultats mèdics de les proves realitzades)

- | |
|--|
| ☐ Sense contraindicacions aparents per a la pràctica d'exercici físic i/o esport |
| ☐ Amb limitacions específiques per a l'exercici físic (s'inclou adjunt informe mèdic de prescripció d'exercici) |
| ☐ Contraindicació absoluta per a la pràctica esportiva |

Observacions

Dades del metge o la metgessa declarant

Nom i cognoms	Col·legi	Núm. de col·legiat/ada
Signatura i segell	Vàlid fins al (data optativa, en funció de criteris mèdics)	

Lloc i data