



## CERTIFICAT MÈDIC

Nom i Cognoms de l'usuari/a del Taller Escola Sant Camil .....

.....núm. DNI.....

Nom del Metge:..... N° Col·legiat.....

### **CERTIFICA:**

Que la disminució psíquica o física de l'usuari/a/esportiste/a esmentat anterior no l'impossibilita per realitzar les activitats esportives.

### **DOSSIER MÈDIC:**

1.- Sistema nerviós.....

    Epilepsia:.....

2.- Sistema cardiorespiratori:.....

    Sistema endocrinal.....

3.- Diabètic.....

4.- Al·lèrgies.....

5.- Vacunacions:

    Tètanus:.....

    Altres:.....

6.- Medicacions:.....

.....

7.- Observacions:.....

.....

.....

A Barcelona, ..... de .....de 20....

Signat Metge

Segell Col·legiat