

INFORME MÉDICO DEPORTIVO

Don/Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado en

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 de Buceo Naosub

Carretera Puerto Naos 256 – 38760 – Los Llanos de Aridane.

