

DADES ESPORTISTA

CLUB:

ESPORT:

HORES SEMANALS:

NOM:

COGNOMS:

DNI:

DATA NAIXEMENT:

TELEFON:

E-MAIL:

DOMICILI:

POBLACIO:

Alergies conegudes :

Antecedents que poden limitar l'esforç físic:

Declaro la no existència de antecedents mèdics coneguts per a la pràctica d'esforços físics. Conforme a les exigències de la llei de protecció de dades, autoritzo al metge signant a guardar les meves dades mèdiques, al seu maneig estadístic i a lliurar els resultats de aptitud a la federació corresponent.

Autoritzo al tutor sotasignant a representar-me davant del metge.

DATA:

SIGNATURA:

NOM TUTOR :.....

REVISIO ESPORTIVA

Espirometria

FVC:

FEV1:

ECG :

Pes:

Talla:

TA:

/

FC:

Exploració:

APTE SI / NO

DADES METGE Dr.

Nº COL