



# Federación Madrileña de Ciclismo

Avda. Salas de los Infantes, 1 – 7º Planta Madrid 28034  
E-mail: fmciclismo @fmciclismo.com  
Tels: 91 364 63 51 Fax: 91 364 63 55  
Móvil : 616 755 169

## RECONOCIMIENTO MÉDICO-DEPORTIVO

Fecha

### DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos  Nombre   
Dirección  Cód. Postal   
Localidad  Provincia   
Telefono  Categoría  D.N.I.

### ANAMNESIS

Alergias

#### A. Familiares

#### A. Personales

#### Fármacos (los utilizados durante los 6 últimos meses)

### EXPLORACIÓN

Peso  Kg      Talla  Cm      T.A.  /  mm Hg      Fc de reposo  l.p.m.

A Pulmonar

A Cardíaca

Apto locomotor

ECG basal

#### Prueba de esfuerzo, breve descripción (opcional)

Los datos recogidos en la presente hoja son correctos y referidos a mí.  
(Firma del deportista o de su tutor)

Ante las pruebas realizadas en el día de la fecha, se le considera APTO para el entrenamiento y competición en ciclismo  
(Firma y sello del médico)