

**ANNEX3**

Certificat Mèdic Esportiu (CME)

Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut**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)

- |                                                                   |                                                      |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antecedents personals i familiars        | <input type="checkbox"/> Exploració per aparells     |
| <input type="checkbox"/> Exploració cardiorespiratòria bàsica     | <input type="checkbox"/> Electrocardiograma          |
| <input type="checkbox"/> Exploració bàsica de l'aparell locomotor | <input type="checkbox"/> Ergometria (prova d'esforç) |
| <input type="checkbox"/> 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)

- |                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sense contraindicacions aparents per a la pràctica d'exercici físic i/o esport                                |
| <input type="checkbox"/> Amb limitacions específiques per a l'exercici físic (s'inclou adjunt informe mèdic de prescripció d'exercici) |
| <input type="checkbox"/> 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

---