



CERTIFICADO DE APTITUD

D.

Medico Colegiado con el número

CERTIFICA

Haber reconocido al piloto D.
y le declara APTO para participar en competiciones moticiclistas.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo el presente certificado.

En, a de de

Firma del Médico

Nota: A cumplimentar para tramitar la licencia, excepto si se presenta un permiso de conducir.