



**FEDERACION COLOMBIANA DE AUTOMOVILISMO DEPORTIVO F.C.A.D.
CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA PARA LICENCIA NACIONAL O INTERNACIONAL**

C.C. _____

FECHA: ____ / ____ / ____
DD MM AA

LICENCIA: TIPO A

TIPO B

Nombres y Apellidos: _____

EXAMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO
- EXAMEN OSTEOMUSCULAR
- EXAMEN VISUAL
- OTRO: _____

LABORATORIOS:
_____, _____,
_____, _____,
_____, _____

CONCEPTO EXAMEN MEDICO

- CUMPLE CRITERIOS MEDICOS PARA LICENCIA POR UN AÑO
- CUMPLE CRITERIOS MEDICOS PARA LICENCIA PROVINCIONAL:
 - POR UNA VALIDA: _____
 - POR TRES MESES
 - POR SEIS MESES

MOTIVO LICENCIA PROVINCIONAL:

RECOMENDACIONES:

NOMBRE DEL MEDICO: _____

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD Y QUE HE SIDO INFORMADO DE LOS RESULTADOS DE ESTE CONCEPTO

FIRMA DEL MEDICO
REGISTRO MEDICO: _____

FIRMA DEL PILOTO
CEDULA: _____