

Salamanca, 12 de octubre de 2024

D. **Nombre y apellidos** , con D.N.I.: **000000000-T** , Médico de Familia, colegiada en **Provincia** con número **PP PP XXXX**

CERTIFICA, con los medios de que dispone, que:

D. Nombre y Apellidos, con D.N.I número **00.000.000-T**, no padece patología que constituya una limitación o impedimento en la práctica deportiva de **Tiro con Arco**.

Para que conste a los efectos oportunos

Fdo.: D. Nombre y Apellidos

Colegiado N°: PP PP XXXX