



## **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.