



IMPORTANTE: Este documento puede ser cumplimentado electrónicamente. Una vez relleno, se puede imprimir para su posterior entrega o envío por email.

MODELO CERTIFICADO MEDICO INDIVIDUAL

D. _____ Colegiado Médico nº
_____, con residencia en _____
manifiesta que el jugador _____ del
equipo _____, perteneciente a la
categoría de _____, afiliado a la Federación
_____, ha sido reconocido en el día de la fecha y declarado apto
para la práctica del Baloncesto en dicha categoría durante la presente
Temporada 2.0 / 2.0

Y para que así conste, se expide el presente certificado en

_____ a _____ de _____ de 2.0