

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO MÉDICO INDIVIDUAL PARA DEPORTISTAS FEDERADOS

(RELLENAR CON LETRAS MAYÚSCULAS)

CLUB o entidad deportiva solicitante: _____

Domicilio social: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre y apellidos del **DEPORTISTA**: _____

Teléfono: _____

Fecha de la solicitud: ____ / ____ / _____

Firma del responsable del Club:

Sello del Club:

Fdo: _____

PRESIDENTE – SECRETARIO (táchese lo que no proceda)

NOTA: El firmante de la presente solicitud, en representación del Club, **CERTIFICA** que el deportista para el que se solicita reconocimiento médico pertenece al club en la fecha de la firma del presente documento.