



MODELO CERTIFICADO MEDICO INDIVIDUAL

C.B. Gelves - Temporada 2025/2026

DATOS DEL CLUB

club:	CLUB BALONCESTO GELVES
competición:	Provincial FAB Sevilla
categoría:	
Equipo:	C.B. GELVES

DATOS DEL MÉDICO

Nombre y apellidos del Médico:
Número de Colegiado:

El médico colegiado arriba indicado, manifiesta haber reconocido al jugador/a solicitante D.:

DATOS DEL JUGADOR/A

Nombre y apellidos del jugador/a:	
Fecha de nacimiento:	
DNI/NIE/Pasaporte	

El abajo firmante, médico colegiado con número _____ CERTIFICA haber reconocido al jugador solicitante, y lo declara APTO para jugar al baloncesto tanto para un equipo de edad correspondiente a la presente solicitud como para un equipo de edad inmediata superior a la misma solicitud, habiéndose realizado un especial cuestionario de lo ocurrido en la salud del deportista en general a lo largo del año **2023**, orientado particularmente hacia la vacunación, identificación de signos, síntomas, efectos o secuelas del virus COVID-19 .

En a de de 20.....

Firma y sello