MODELO CERTIFICADO MEDICO INDIVIDUAL

DATOS DEL MÉDICO

Nombre y apellidos del Médico:
Número de Colegiado:
Dirección completa del Médico:

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

DATOS DEL JUGADOR/A

Nombre y apellidos del jugador/a:
Perteneciente al Club Baloncesto Gelves y afiliado a la Federación Andaluza de Baloncesto en su Delegación Sevillana en la categoría deportiva:

Y en el día de la fecha del presente documento, declarado **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 2021, orientado particularmente hacia la identificación de signos, síntomas, efectos o secuelas del virus COVID19.

Y para que así conste, el colegiado médico anteriormente indicado, expide el presente certificado

En a de de

Firma y sello