

ACTA DE APTO MÉDICO

Nombre del jugador (a):

Fecha de Nacimiento:

Número de documento:

Ciudad:

País:

Alergias conocidas:

Otras condiciones médicas:

Médico de cabecera del niño (a):

Hospital de preferencia en caso de emergencia:

Seguro médico:

En caso de emergencia, cuando los padres no puedan ser contactados, por favor contactar a:

Nombre:

Número de teléfono casa:

Número de teléfono trabajo:

Móvil:

Declaro que el paciente identificado anteriormente, realizó pruebas médicas físicas e, integrales y ha sido encontrado apto para participar en actividades deportivas.

Dr. _____

N°