

## ACTA DE APTO MÉDICO

Nombre de la jugadora:

Fecha de Nacimiento:

Número de documento:

Dirección:

Ciudad:

País:

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

Nombre:

Número de teléfono casa:

Número de teléfono trabajo:

Móvil:

Alergias conocidas:

Otras condiciones médicas:

Médico de cabecera del niño:

Hospital de preferencia en caso de emergencia:

Seguro médico:

Declaro que el paciente identificado anteriormente, ha recibido un examen médico físico, integral y ha sido encontrado apto físicamente para participar en actividades deportivas.

Dr. \_\_\_\_\_

Matricula