

**A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO**

Número de licencia: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fecha de Licencia: / / Nacido Mes Año

D./Dña. / / Nombre

FECHA: a día de de Apellidos

D.N.I. Firma

Tel. paciente

**A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO**

Dr./Dra.:

Especialidad:

N.º Colegiado

Acto profesional realizado  
(debe ajustarse a la nomenclatura del baremo)

Reservado para codificación

**A CUMPLIMENTAR POR EL RESPONSABLE DEL CLUB**

Yo D./Dña. ...., del Club .....

como ....., Teléfono .....

con domicilio en .....

Certifico que el jugador profesional / amateur (Táchese lo que no proceda)

D./Dña. ...., en el encuentro / entrenamiento

sufrió una lesión de .....

/ desplazamiento (Táchese lo que no proceda) celebrado en .....

el día .....

Fecha ..... Firma .....