



MODELO CERTIFICADO MÉDICO INDIVIDUAL

D. _____

Colegiado Médico nº _____ , con residencia en _____ ,

informa que el/la jugador/a _____ ,

perteneciente al equipo de categoría (1) _____ ,

del Club _____ ,

ha sido reconocido/a por mí en el día de la fecha, y declarado APTO/A - NO APTO/A (2)
para la práctica del Béisbol/Sófbol (2).

En _____ , a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____

(1): Indicar Senior, Junior, Cadete, Infantil o Alevín

(2): Tachar la que no proceda