



CIRCULAR VIII - ADM

FEDERACIÓN MADRILEÑA DE BÉISBOL Y SÓFBOL



Comunidad de Madrid

MODELO CERTIFICADO MÉDICO INDIVIDUAL TEMPORADA 2018

D./D^a _____ ,
Colegiado/a 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/a _____ (2)
para la práctica del _____ (3) en para que pueda jugar en la
categoría(1) _____ , inmediatamente superior.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente autorización en
_____ a ____ de _____ de 2018.

Fdo.: _____

- (1): Indicar Senior, Júnior, Cadete, Infantil o Alevín
(2): APTO o NO APTO
(3): Béisbol / Sófbol

