



CIRCULAR VIII - ADM

FEDERACIÓN MADRILEÑA DE BÉISBOL Y SÓFBOL



Comunidad de Madrid

## MODELO CERTIFICADO MÉDICO INDIVIDUAL TEMPORADA 2018

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ ,  
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).

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

