

CERTIFICADO MEDICO INDIVIDUAL

FEDERACION ESPAÑOLA DE BALONCESTO

FIBA

D. _____
Colegiado Médico nº _____, con
residencia en _____ informa que el
jugador _____ del
Equipo _____ de _____ Categoría,
afiliado a la Federación _____
ha sido reconocido por mí en el día de la fecha
y declarado (apto o no) para practicar el
Baloncesto en dicha categoría durante la
Temporada actual.

_____, a _____ de _____ de 200__