

FITXA DE REVISIÓ MEDICA

DADES ENTITAT

EQUIP
CLUB

EQUIP COMPETICIO RACING CERDANYA

DADES ESPORTISTA

COGNOMS: _____

NOM: _____

DNI O LICÈNCIA: _____ CODI TSI: _____

CATEGORIA: AL-I AL-II INF-I INF-II JUV-I JUV-II SEN

SEXE: H D NACIONALITAT: _____

DATA I LLOC DE NAIXEMENT: _____

DOMICILI: _____

POBLACIÓ: _____ CODI POSTAL: _____

TELÈFONS: _____

E-MAIL: _____

DNI: _____

El sotasignant, Metge Col·legiat amb el número _____
DECLARA haver reconegut al corredor/ore sol·licitant,
i el declara APT per la pràctica de l'esquí alpí

Data: _____

Signatura del Metge