



Federación Andaluza de Baloncesto
Certificado médico
Temporada 2024-2025

Datos del club

Club	
Competición	
Categoría	
Equipo	

Datos del componente

Nombre	
Apellidos	
Fecha nacimiento	
DNI/NIE/Pasaporte	

El abajo firmante, médico colegiado con número _____ **CERTIFICA** haber reconocido al solicitante, y lo declara **APTO** para la práctica del baloncesto, en caso de jugador/a tanto para un equipo de edad correspondiente a la presente solicitud como para un equipo de edad inmediata superior a la misma solicitud, habiéndose realizado un especial cuestionario de lo ocurrido en la salud del deportista en general a lo largo del último año.

Fecha: _____

Firma del Colegiado.: _____