

FICHA MÉDICA DEPORTISTA

DELEGACIÓN: _____

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: _____

D.N.I: _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

DOMICILIO: _____

SITUACIÓN DE REVISTA: _____

GRUPO DE SANGUÍNEO: _____ FACTOR _____

ALERGIAS: _____

MEDICACION _____

CERTIFICO: Que el paciente, cuyos datos obran en el presente Formulario, al momento del examen, se encuentra en condiciones psico-físicas para la práctica de las actividades deportivas, acordes a su edad.

Fecha: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO.

El deportista libera y exonera al Círculo de Oficiales de Policía de _____, y a las autoridades de FE.CO.P.R.A., de cualquier contingencia; asumiendo éste la total responsabilidad por su estado de salud, de conformidad a los antecedentes médicos que tuviese en ocasión de participación en la/s disciplina/s que se han programado con motivo de las Olimpiadas Nacionales de Círculos de Oficiales de Policía a llevarse a cabo en la Ciudad de _____ (Provincia de _____) entre él ____ y ____ de _____ de ____.-

Fecha: _____

Firma y aclaración deportista