

DATOS PARA APTA MÉDICA

CLUB:___ **C. D. Vand '03**_____ **FECHA:**_____

El / la deportista _____

con nº de licencia / DNI _____ es APTO/A para la práctica

(en entrenamiento y competición), de:

NATACION

WATERPOLO

SALTOS

NATACION SINCRONIZADA

(Señalar lo que proceda)

FIRMA DEL MÉDICO

Firmado, D./D^a _____
(Nombre y Apellidos)

Colegiado nº _____