



INFORME MÉDICO DE INCIDENCIAS EN CARRERAS (ANEXO 9.1)

Nombre de la prueba			
Clase		Fecha	
Categorías			
Localidad		Provincia	
Entidad organizadora			

Matrícula de la ambulancia			
Adecuadamente equipada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Inspección Técnica Sanitaria (ITS) en vigor	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

Informe (indicar dorsal y lesiones):.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nombre y apellidos:.....
Colegiado nº:..... Licencia nº:.....
Fdo: