



Nº Póliza de Accidentes: 20191220379584.

Teléfono de llamada: 981.94.11.11

INFORME MÉDICO

Entidad organizadora: _____

Título de la prueba: _____

Categoría: _____

Fecha de celebración: _____

Ambulancia:		Si/No
	Adecuadamente equipada:	
	I. T. S (Inspección Técnica Sanitaria)en vigor:	

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

Nº DE COLEGIADO: _____

Nº DE LICENCIA: _____

FIRMA

