



Federación Madrileña de Ciclismo **Comité Técnico de Árbitros**

Nº Póliza de Accidentes: 054681294

Teléfono de llamada: 981941111

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: | |

Informe (indicar dorsal y lesiones):

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

Nº DE COLEGIADO: _____

FIRMA

Nº DE DNI/NIE _____

***LOS DATOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE INFORME SON
CONFIDENCIALES, NO PUDIENDO SER DIFUNDIDOS A TERCEROS**