



## FEDERACIÓN MELILLENSE DE BALONCESTO

D. \_\_\_\_\_  
Colegiado Médico nº \_\_\_\_\_, con residencia en \_\_\_\_\_  
informa que el jugador \_\_\_\_\_  
del equipo \_\_\_\_\_  
de categoría \_\_\_\_\_, afiliado a la  
Federación Melillense de Baloncesto ha sido reconocido por mí  
en el día de la fecha y declaro ( apto o no) para practicar el  
Baloncesto en dicha categoría durante la Temporada actual.

En Melilla, a      de      de 201\_

Firma y Sello Colegiado