FEDERACIÓN MELILLENSE DE BALONCESTO

RECONOCIMIENTO MEDICO COLECTIVO TEMPORADA 2026/2027

Datos del club

Club	
Competición	
Categoría	
Equipo	

Datos de lo componentes

	Nombre y Apellidos	**Fecha Nacimiento**	**DNI / NIE / Pasaporte**
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

El abajo firmante, médico colegiado con número _____ **CERTIFICA** haber reconocido a los solicitantes, y los declara **APTO** para la práctica del baloncesto en la Temporada 2026/2027

Fecha: _____

Firma del Colegiado.: _____