

CERTIFICADO MÉDICO



FEDERACION PAMPEANA DE BASQUETBOL
www.fepamba.com.ar
federacionpampeanadebasquet@gmail.com

Por la presente CERTIFICO que

DNI _____ nacido en fecha / / no

padece ningún tipo de enfermedad, encontrándose APTO PARA LA PRÁCTICA DE
ACTIVIDADES DEPORTIVAS.

FECHA

FIRMA DEL MÉDICO

SELLO