

AUTORIZACIÓN MÉDICA

Yo,.....,
médico colegiado nº....., certifico que
el jugador.....
de la categoría.....
del club.....
actualmente no presenta ningún tipo de problema de salud que le impida
la práctica deportiva de Hockey Hielo, y según la valoración deportiva y
médica no se haya impedimento para que juegue en su categoría ni en la
categoría
durante la temporada 2024-2025.

Firmado

Fecha