

**JUGADORES A INSCRIBIR EN LA XVII LIGA EDUCATIVA DE BALONCESTO 2019  
CON CERTIFICADO MÉDICO NECESARIO**

Exclusivo para ayuntamientos adheridos al PLAN DE ASISTENCIA Y COOPERACIÓN MUNICIPAL en la actuación  
"Reconocimientos médicos/Estudios de salud"

AYUNTAMIENTO:

TEMPORADA: 2019

FOTO JUGADOR/A <b>1</b>	FOTO JUGADOR/A <b>2</b>	FOTO JUGADOR/A <b>3</b>	FOTO JUGADOR/A <b>4</b>
NOMBRE: _____	NOMBRE: _____	NOMBRE: _____	NOMBRE: _____
APELLIDOS: _____	APELLIDOS: _____	APELLIDOS: _____	APELLIDOS: _____
FECHA NACIMIENTO: _____	FECHA NACIMIENTO: _____	FECHA NACIMIENTO: _____	FECHA NACIMIENTO: _____
D.N.I.: _____	D.N.I.: _____	D.N.I.: _____	D.N.I.: _____
INFORME MÉDICO: _____	INFORME MÉDICO: _____	INFORME MÉDICO: _____	INFORME MÉDICO: _____
FOTO JUGADOR/A <b>5</b>	FOTO JUGADOR/A <b>6</b>	FOTO JUGADOR/A <b>7</b>	FOTO JUGADOR/A <b>8</b>
NOMBRE: _____	NOMBRE: _____	NOMBRE: _____	NOMBRE: _____
APELLIDOS: _____	APELLIDOS: _____	APELLIDOS: _____	APELLIDOS: _____
FECHA NACIMIENTO: _____	FECHA NACIMIENTO: _____	FECHA NACIMIENTO: _____	FECHA NACIMIENTO: _____
D.N.I.: _____	D.N.I.: _____	D.N.I.: _____	D.N.I.: _____
INFORME MÉDICO: _____	INFORME MÉDICO: _____	INFORME MÉDICO: _____	INFORME MÉDICO: _____
FOTO JUGADOR/A <b>9</b>	FOTO JUGADOR/A <b>10</b>	FOTO JUGADOR/A <b>11</b>	FOTO JUGADOR/A <b>12</b>
NOMBRE: _____	NOMBRE: _____	NOMBRE: _____	NOMBRE: _____
APELLIDOS: _____	APELLIDOS: _____	APELLIDOS: _____	APELLIDOS: _____
FECHA NACIMIENTO: _____	FECHA NACIMIENTO: _____	FECHA NACIMIENTO: _____	FECHA NACIMIENTO: _____
D.N.I.: _____	D.N.I.: _____	D.N.I.: _____	D.N.I.: _____
INFORME MÉDICO: _____	INFORME MÉDICO: _____	INFORME MÉDICO: _____	INFORME MÉDICO: _____
FOTO JUGADOR/A <b>13</b>	FOTO JUGADOR/A <b>14</b>	FOTO JUGADOR/A <b>15</b>	Presentar este <b>anexo nº2</b> junto a los <b>anexos 2A y 2B</b> cumplimentados el día, hora y lugar de los reconocimientos médicos confirmados por la Diputación (Información: <b>952 069 181</b> ), y posteriormente enviar a la Federación Andaluza de Baloncesto el <b>anexo nº2 firmado y sellado por el equipo médico</b> para la oportuna tramitación de licencias.
NOMBRE: _____	NOMBRE: _____	NOMBRE: _____	
APELLIDOS: _____	APELLIDOS: _____	APELLIDOS: _____	
FECHA NACIMIENTO: _____	FECHA NACIMIENTO: _____	FECHA NACIMIENTO: _____	
D.N.I.: _____	D.N.I.: _____	D.N.I.: _____	
INFORME MÉDICO: _____	INFORME MÉDICO: _____	INFORME MÉDICO: _____	

Reconocimientos médicos realizados el día \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ por el equipo médico del CEDIFA a los alumnos de la **ESCUELA MUNICIPAL DE BALONCESTO** de \_\_\_\_\_.

Fdo.: D. \_\_\_\_\_ con número de colegiado \_\_\_\_\_.

- Jefe del equipo médico CEDIFA -