



Federación Andaluza de Baloncesto
Certificado médico
Temporada 2024-2025

Datos del club

Club	
Competición	
Categoría	
Equipo	

Datos del componente

Nombre	
Apellidos	
Fecha nacimiento	
DNI/NIE/Pasaporte	

El abajo firmante, médico colegiado con número _____ CERTIFICA haber reconocido al jugador solicitante, y lo declara APTO para jugar al baloncesto tanto para un equipo de edad correspondiente a la presente solicitud como para un equipo de edad inmediata superior a la misma solicitud, habiéndose realizado un especial cuestionario de lo ocurrido en la salud del deportista en general a lo largo del año **2024**, orientado particularmente hacia la vacunación, identificación de signos, síntomas, efectos o secuelas del virus COVID-19 .

Fecha: _____

Fdo.: _____