



(*) Datos obligatorios

DATOS DE LA LICENCIA	TEMPORADA:	2024 / 2025
-----------------------------	------------	-------------

DATOS DEL CLUB	CATEGORÍA: (*)	
	CLUB: (*)	
	EQUIPO: (*)	

DATOS DEL TITULAR	APELLIDOS: (*)			
	NOMBRE: (*)			
	FECHA NACIMIENTO: (*)		DNI ó PASAPORTE: (*)	

Aptitud médica	El/la médico/a abajo firmante, CERTIFICA haber reconocido al/la jugador/a solicitante, y lo declara APTO/A para jugar al Baloncesto tanto por un equipo de edad correspondiente a la presente solicitud como para un equipo de edad inmediata superior a la misma solicitud.
-----------------------	--

Firma del/la médico:
Fecha: (*)
Médico Colegiado con Número: (*)
Nombre y apellidos: