



(*) Datos obligatorios

DATOS DE LA LICENCIA	TEMPORADA:	2025 / 2026
-----------------------------	------------	-------------

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

DATOS DEL JUGADOR/A	APELLIDOS: (*)		
	NOMBRE: (*)		
	FECHA NACIMIENTO: (*)	DNI ó PASAPORTE: (*)	

Aptitud médica	El/la médico/a abajo firmante, CERTIFICA haber reconocido al/la jugador/a solicitante el día _____, y lo declara APTO/A para la práctica deportiva de Baloncesto para la temporada 2025/2026, tanto para 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: