



(\*) Datos obligatorios

<b>DATOS DE LA LICENCIA</b>	TEMPORADA:	2020 / 2021
-----------------------------	------------	-------------

<b>DATOS DEL CLUB</b>	CATEGORÍA: (*)	
	CLUB: (*)	
	EQUIPO: (*)	

<b>DATOS DEL TITULAR</b>	APELLIDOS: (*)			
	NOMBRE: (*)			
	FECHA NACIMIENTO: (*)		DNI ó PASAPORTE: (*)	

<b>Aptitud médica</b>	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.
-----------------------	--

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