

SOL·LICITUD DE REVISIÓ MÈDICA ESPORTIVA

DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT DE L'ENTITAT

Nom i llinatges				
DNI		Telèfon		Adreça electrònica

DADES DE L'ENTITAT ESPORTIVA

Nom / raó social				
CIF		Adreça		
Població		Codi postal		

EXPÒS:

Que les persones que es detallen en la llista annexa formen part de les entitats esportives.

SOL·LICIT:

Que se'ls faci la revisió mèdica corresponent a aquesta temporada al centre següent:

<input type="checkbox"/>	ANDRATX
<input type="checkbox"/>	CALVIÀ
<input type="checkbox"/>	CAPDEPERA
<input type="checkbox"/>	FELANITX
<input type="checkbox"/>	INCA
<input type="checkbox"/>	MANACOR
<input type="checkbox"/>	PALMA
<input type="checkbox"/>	SA POBLA
<input type="checkbox"/>	POLLENÇA
<input type="checkbox"/>	SÓLLER
<input type="checkbox"/>	SON VERÍ

signatura	
data	

	Llinatges i nom	DNI	Data de naixement	Telèfon	Adreça electrònica de la persona responsable

Servei de Medicina de l'Esport. Direcció Insular d'Esports. Departament de Turisme i Esports

C/ del General Riera, 111. 07010 Palma. Illes Balears. Tel.: 971 173 648 – Fax: 971 759 101 A/e: medesport@conselldemallorca.net