



ASOCIACIÓN DE CLUBES
LIGA ARGENTINA DE VOLEIBOL

I-07

ACREDITACIÓN
DEL MÉDICO



COMPETENCIA:

NOMBRE DE INSTITUCION:

APELLIDO:

NOMBRE:

FECHA NAC:

DNI:

TEL. CELULAR:

E-MAIL:

NRO. DE MATRICULA OFICIAL:

NOMBRE DEL MÉDICO

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Secretario General



Sello
del
Club

Presidente