

COMPETENCIA:

INSTITUCIÓN:

EL JUGADOR QUE USTED ESTÁ EXAMINANDO JUGARÁ BAJO ESTRESANTES CONDICIONES INCLUYENDO CALOR, ALTA HUMEDAD, EXPOSICIÓN SOLAR, FUERTE PRESIÓN PSICOLÓGICA POR AL MENOS 3 HORAS.

APELLIDO:

NOMBRE:

FECHA NAC.:

LUGAR NAC.:

FECHA DEL EXAMEN MÉDICO:

CERTIFICAMOS POR LA PRESENTE QUE EL JUGADOR ARRIBA MENCIONADO, LUEGO DEL EXAMEN MÉDICO PROFESIONAL REALIZADO, GOZA DE BUENA SALUD, SE ENCUENTRA APTO PARA VIAJAR EN CUALQUIER TIPO DE TRANSPORTE Y PARA DISPUTAR LA COMPETENCIA ARRIBA MENCIONADA.

  
NOMBRE DEL MÉDICO

CERTIFICO POR LA PRESENTE QUE NO HE TOMADO NI TOMARÉ NINGUNA DE LAS SUSTANCIAS PROHIBIDAS MENCIONADAS EN LAS REGULACIONES ANTIDOPING DE LA FIVB Y LA SECRETARIA DE DEPORTES DE LA NACION ARGENTINA.

  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

CERTIFICO POR LA PRESENTE QUE ACEPTO SER SOMETIDO AL CONTROL ANTIDOPING ANTES Y DURANTE LAS COMPETENCIAS. ASIMISMO COLABORAR PARA FACILITAR EL PROCEDIMIENTO ANTIDOPING.

  
FIRMA DEL PRESIDENTE DE LA INSTITUCIÓN  
FIRMA DEL JUGADOR  
Sello  
del  
Club