

PARTE DE ACCIDENTES PARA FEDERADOS

DATOS DEL LESIONADO							
APELLIDOS					NOMBRE		
DOMICILIO					DNI		
TELEFONO	POBLACION	PROVINCIA	C.P.	LICENCIA	FECHA EXP.		

ACCIDENTE			
EXPEDIENTE Nº	COMPETICION		
FECHA	LUGAR	<input type="checkbox"/> ENTRENOS	<input type="checkbox"/> CARRERA

DATOS DEL ORGANIZADOR Y PERSONA RESPONSABLE	
ORGANIZADOR	DOMICILIO
RESPONSABLE APELLIDOS	RESPONSABLE NOMBRE
ACTUA EN CALIDA DE (Director de Carrera, Organizador, Médico de la Prueba)	LICENCIA

En..... a.....de.....del.....

Sello Federación

Sello Club

Firma del Responsable del Parte

El Dr.D _____ Colegiado Nº _____ del Centro Médico _____ C/ _____ de _____
Informa:
Que el reconocimiento practicado al particular del presente parte, se deduce que padece: _____ _____ _____ _____
Firmado: