

PETICIÓN ASISTENCIA MEDICA DE URGENCIA

Federación:	Nº de Póliza:
-------------------	---------------------

DATOS DE LA PERSONA LESIONADA

Nombre:	Apellidos:	
N.I.F:	Edad:	Teléfono:
Domicilio:	Provincia:	
Localidad:	C. Postal:	
Nº de Federado:		

Firma del lesionado

ATENCIÓN SANITARIA AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO MEDICO CONCERTADO

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

..... con N.I.F
En nombre de la Entidad / Club / Federación arriba indicado, certifica la ocurrencia del accidente i los datos siguientes:
Centro Deportivo / Federación:
Lugar, día y hora del accidente:
Modo de ocurrencia:
.....
Personas presentes en el momento del accidente:
.....

Observaciones

--

Firma y sello de la persona representante de la Entidad