

## AUTORIZACIÓN MÉDICA

Yo,.....,  
médico colegiado nº....., certifico que el  
jugador..... de la  
categoría..... del club.....actualmente  
no presenta ningún tipo de problema de salud que le impida la práctica deportiva  
de Hockey Hielo, y según la valoración deportiva y médica no se haya  
impedimento para que juegue en su categoría ni en la categoría inmediatamente  
superior a la suya ....., durante la temporada 2020-2021.

Firmado

Fecha

### Instituciones



### Federaciones



### Patrocinadores

