

AUTORIZACIÓN MÉDICA 2026-27

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,

durante la temporada 2026-2027.

Firmado,

Fecha