**SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICO DEPORTIVA**

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE DE LA ENTIDAD

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y apellidos |  |
| DNI |  | Teléfono |  |  Dirección electrónica: |

DATOS DE LA ENTIDAD DEPORTIVA

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre / razón social |  |
| CIF |  | Dirección |  |
| Población |  | Código postal |  |

EXPONGO:

Que las personas que se detallan en la lista anexa forman parte de las entidades deportivas.

SOLICITO:

Que se les haga la revisión médica correspondiente a esta temporada en el centro siguiente:

|  |  |
| --- | --- |
|  | CALVIÀ |
|  | INCA |
|  | MANACOR |
|  | PALMA |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma |  |
| Fecha |  |

Servei de Medicina Esportiva.

Direcció Insular d’Esports.

Departament de Medi Ambient, Medi Rural i Esports.

Consell de Mallorca

Rellene la tabla por orden alfabético

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Apellidos i nombre** | **DNI** | **Fecha de****nacimiento** | **Teléfono** | **Dirección electrónica de la persona responsable** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Apellidos i nombre** | **DNI** | **Fecha de****nacimiento** | **Teléfono** | **Dirección electrónica de la persona responsable** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Servei de Medicina Esportiva. Direcció Insular d’Esports. Departament de Medi Ambient, Medi Rural i Esports. Consell de Mallorca.

C/ General Riera, 111. 07010 Palma. Illes Balears. Tel.: 971 173 648 – Fax: 971 759 101 A/e:medesport@conselldemallorca.net