

4ª DIVISIÓN PREMIER Y "B" DE ASCENSO  
TEMPORADA 2009-2010 "PROF. JOSÉ DE JESÚS PÉREZ AVALOS"

**RESPONSIVA MEDICA**

EI QUE SUSCRIBE MEDICO CIRUJANO, LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESION, CON TITULO Y CEDULA REGISTRADOS ANTE LA SECRETARIA DE SALUD Y EN LA DIRECCION GENERAL DE PROFESIONES, RESPECTIVAMENTE, Y COMO RESPONSABLE DE DE LOS SERVICIOS MEDICOS DEL CLUB: \_\_\_\_\_,  
HACE COSTAR QUE DESPUES DE HABER EXAMINADO CLINICAMENTE Y HABER PRACTICADO LOS EXAMENES DE LABORATORIO CORRESPONDIENTES AL JUGADOR:

**NOMBRE:**

---

Fecha de nacimiento:	
Nacido en la ciudad de:	
Peso:	
Estatura:	
Grupo Sanguíneo:	
Factor RH:	
Estado civil:	

LO ENCUENTRO **APTO FISICA Y MENTALMENTE**, PARA LA PRACTICA DEL FUTBOL Y CUALQUIER OTRO TIPO DE EJERCICIO FISICO.

TAMBIEN INFORMO QUE LOS ORIGINALES DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO, ELECTROCARDIOGRAMA E HISTORIA CLINICA, OBRAN EN PODER DE LOS ARCHIVOS DEL CLUB Y PUEDEN SER REVISADOS POR LA COMISIÓN MEDICA DE LA F. M. F., CUANDO ASI LO REQUIERAN.

Fecha:

**NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO**

**Nº CEDULA PROFESIONAL**