





Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

900335 / 70064 23

30661812

FEDERACIÓN DE NATACIÓN DE CASTILLA-LA MANCHA

Válido desde 01-10-23 hasta 30-09-24

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

### A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

### A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

NO SE ACEPTARÁN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN LESIBLES

Número de  
licencia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Licencia ..... / ..... / .....

Nacido  
Mes Año

D./Dña.

Nombre

Apellidos

FECHA: a día ..... de ..... de .....

D.N.I.

Firma

Tel. paciente .....

Dr./Dra.

Especialidad

N.º Colegiado

Acto profesional realizado

(debe ajustarse a la nomenclatura del baremo)

Reservado para codificación

### A CUMPLIMENTAR POR EL RESPONSABLE DEL CLUB

Yo D./Dña. ....,

como ..... del Club .....

con domicilio en ....., Teléfono .....

Certifico que el jugador profesional / amateur (Táchese lo que no proceda)

D./Dña. ....

sufrió una lesión de ....., en el encuentro / entrenamiento

/ desplazamiento (Táchese lo que no proceda) celebrado en .....

el día .....

Fecha ..... Firma .....





Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

900335 / 70064 23

30661814

FEDERACIÓN DE NATACIÓN DE CASTILLA-LA MANCHA

Válido desde 01-10-23 hasta 30-09-24

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

### A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

### A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

NO SE ACEPTARÁN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN LESIBLES

Número de licencia

Fecha de Licencia ..... / ..... / .....  
Nacido Mes Año

D./Dña. ....

Nombre

Apellidos

FECHA: a día ..... de ..... de .....

D.N.I. .... Firma

Tel. paciente .....

Dr./Dra. ....

Especialidad .....

N.º Colegiado .....

Acto profesional realizado  
(debe ajustarse a la nomenclatura del baremo)

Reservado para codificación

### A CUMPLIMENTAR POR EL RESPONSABLE DEL CLUB

Yo D./Dña. ....,

como ..... del Club .....

con domicilio en ....., Teléfono .....

Certifico que el jugador profesional / amateur (Táchese lo que no proceda)

D./Dña. ....

sufrió una lesión de ....., en el encuentro / entrenamiento

/ desplazamiento (Táchese lo que no proceda) celebrado en .....

el día .....

Fecha ..... Firma .....



Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

900335 / 70064 23

30661815

FEDERACIÓN DE NATACIÓN DE CASTILLA-LA MANCHA

Válido desde 01-10-23 hasta 30-09-24

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia .....

Médico Ordenante .....

### A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

### A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

NO SE ACEPTARÁN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN LESIBLES

Número de licencia

Fecha de Licencia ..... / ..... / .....  
Nacido Mes Año

D./Dña. ....

Nombre

Apellidos

FECHA: a día ..... de ..... de .....

D.N.I. .... Firma

Tel. paciente .....

Dr./Dra. ....

Especialidad .....

N.º Colegiado .....

Acto profesional realizado  
(debe ajustarse a la nomenclatura del baremo)

Reservado para codificación

### A CUMPLIMENTAR POR EL RESPONSABLE DEL CLUB

Yo D./Dña. ....,

como ..... del Club .....

con domicilio en ....., Teléfono .....

Certifico que el jugador profesional / amateur (Táchese lo que no proceda)

D./Dña. ....

sufró una lesión de ....., en el encuentro / entrenamiento

/ desplazamiento (Táchese lo que no proceda) celebrado en .....

el día .....

Fecha ..... Firma .....