

FORMULARIO RECOMENDADO INTERNO DE CADA CLUB FMB N° 001**Ficha Médica.****DATOS DEL JUGADOR**

Nombre y Apellido	MAXIMO SAUX	Fecha de Nacimiento	29/3/2013
Dirección	SAN LORENZO 1945	Teléfono	1134606096

Nombre del Padre	Nombre de la Madre
OMAR SAUX	
Lugar de trabajo del Padre	Lugar de trabajo de la Madre
Teléfono: 1155264657	Teléfono: 1134606096
Familiares cercanos	Médico del Jugador
Teléfono:	Teléfono:
Obra Social y N° de Asociado	
Teléfono de Urgencias:	

- A. Grupo sanguíneo..... O R H +
- B. Es alérgico a..... NO
- C. Se encuentra bajo tratamiento por..... NO
- D. Medicación que toma permanentemente..... NO
- E. Fecha de vacunación antitetánica..... 30 / 9 / 14
- F. alguna otra situación particular determinada por el medico que deba ser conocida
-
-

A completar por el médico:

¿El alumno requiere de algún tratamiento especial durante la clase?..... ¿Cuál?

.....

¿Hace uso de algún medicamento especial?..... ¿Cuál?

¿Por qué?.....

¿Está apto para realizar actividades deportivas dentro de los entrenamientos y partidos de Handball durante el corriente año? (SI)

Resultado del electrocardiograma de esfuerzo.....

Médico responsable

Firma y sello

Lugar y fecha del examen: Lma de 3 de 2022



DICHA CONSTANCIA MEDICA AUTORIZA AL JUGADOR/A PUEDE SER PRESENTADA EN LOS TORNEOS NACIONALES Y ARGENTINOS