



FICHA MÉDICA A RELLENAR POR CADA MUTUALISTA DE
LA FEDERACIÓN DE FÚTBOL DE CEUTA



Apellidos _____ Nombre _____

DNI _____ Fecha Nac _____ Sexo _____

Domicilio _____ Localidad _____

Teléfonos _____ E-mail _____

DATOS DE LOS PADRES

Apellidos _____ Nombre _____ DNI _____

Apellidos _____ Nombre _____ DNI _____

Domicilio _____ Localidad _____

Teléfonos _____ E-mail _____

Otros datos de interés _____

Datos médicos: (vacunas, alergias, intervenciones quirúrgicas y otros antecedentes)

NOTA IMPORTANTE: El mutualista está obligado a comunicar a la Federación de Fútbol de Ceuta cualquier enfermedad o intervención quirúrgica que sufra en todo momento. La no comunicación de la misma dejará sin responsabilidad a la FFCE ante una posible lesión posterior o percance médico.

| | | |
|------------------|---------------------|----------------------|
| Firma Mutualista | Firma Padre o Tutor | Firma Madre o Tutora |
|------------------|---------------------|----------------------|