



FEDERACIÓN DE FÚTBOL DE CEUTA

CERTIFICADO MÉDICO

D/Dña. _____ en su condición de
médico:

CERTIFICA: Que Don _____ con DNI nº _____
se encuentra **APTO**, para el ejercicio de la actividad física
que se requiere como: _____

(JUGADOR – MONITOR – ENTRENADOR – DELEGADO –
ENCARGADO DE MATERIAL – ÁRBITRO) de fútbol/fútbol sala, tal y
como solicita la Federación de Fútbol de Ceuta para la temporada 2017-2018 y
2018-2019.

Y para que conste a petición del interesado, expido el presente en Ceuta a
de _____ de 2017.

Sello, nº de colegiación – firma

Médico