



FEDERACIÓN DE FÚTBOL DE CEUTA

CERTIFICADO MÉDICO ÁRBITROS NACIONALES

D/Dña.
médico:

en su condición de

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

de fútbol/fútbol sala tal y como solicita la Federación de Fútbol de Ceuta para
la temporada 2017-2018

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

Sello, nº de colegiación – firma

Médico