



INFORME MÉDICO

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  N.º DE COLEXIADO/A,  
MATRÍCULA OU SIMILAR

CENTRO ASISTENCIAL OU ENTIDADE NA QUE PRESTA SERVIZOS

INFORMA

Que  , con NIF/pasaporte  ,

non padece enfermidade infectocontaxiosa e é apto/a para participar, con normalidade, en actividades recreativas e deportivas, así como para realizar unha viaxe de longa duración.

O/a paciente debe seguir o seguinte tratamento:

Debido a:

Alerxias:

Observacións:

SINATURA DA PERSOA FACULTATIVA

Lugar e data

,  de  de