



INFORME MÉDICO

DATOS DA PERSOA FACULTATIVA

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  N° COLEXIADO/A,  
MATRÍCULA OU SIMILAR

CENTRO ASISTENCIAL OU ENTIDADE EN QUE PRESTA SERVIZOS

INFORMA

Que don/dona  con NIF/pasaporte

non padece enfermidade infecto-contaxiosa 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