



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 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