



Torneo Juvenil 2009

Equipo _____

CERTIFICACION MÉDICA

Por la presente hago constar que examinado dentro de los últimos sesenta (60) días a las personas cuyos nombres aparecen sobre mi firma y los he encontrado en buenas condiciones físicas para jugar béisbol juvenil del equipo _____.

Certifico además que ninguno de ellos padece de **epilepsia, vértigos o casos similares.**

1-	14-
2-	15-
3-	16-
4-	17-
5-	18-
6-	19-
7-	20-
8-	21-
9-	22-
10-	23-
11-	24-
12-	25-
13-	26-

En _____, Puerto Rico a _____ de _____ de 2009

NOMBRE DEL MEDICO

FIRMA DEL MEDICO

Dirección

Número de Licencia

Confederación de la Liga Central de Béisbol Aficionado de Puerto Rico

P.O.Box 51354 Toa Baja, Puerto Rico 00950

Teléfonos (787)795-4488 / (787) 553-5889

www.coliceba.org scordova@coliceba.org