

**Confederación de Liga Central de Béisbol Aficionado
de Puerto Rico**



Equipo _____

CERTIFICACION MEDICA 2023

Por la presente hago constar que he examinado dentro de los últimos treinta (30) días a las personas cuyos nombres y apellidos aparecen sobre mi firma y los he encontrado en buenas condiciones físicas para jugar béisbol superior en el equipo _____ durante el Torneo 2023 de la COLICEBA.

Certifico, además que ninguno de ellos padece de **epilepsia, vértigos o enfermedades 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- |

NOMBRE DEL MEDICO

FIRMA DEL MEDICO

DIRECCIÓN

NÚMERO DE LICENCIA