



XXXIII OLIMPIADAS NACIONALES
XXXI OLIMPIADAS INTERNACIONALES
Fe.C.O.P.R.A.



FICHA MÉDICA DEPORTISTA

DELEGACIÓN: _____

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: _____

D.N.I: _____ **FECHA DE NACIMIENTO** ____/____/____

DOMICILIO: _____

SITUACIÓN DE REVISTA: _____

GRUPO DE SANGUÍNEO: _____ **FACTOR** _____

ALERGIA/S: _____

MEDICACION _____

CERTIFICO: Que el paciente, cuyos datos obran en el presente Formulario, al momento del examen, se encuentra en condiciones psico-físicas para la práctica de las actividades deportivas, acordes a su edad.

Fecha: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO.

El deportista libera y exonera al Círculo de Oficiales de Policía de **BUENOS AIRES**, y a las autoridades de FE.CO.P.R.A., de cualquier contingencia; asumiendo éste la total responsabilidad por su estado de salud, de conformidad a los antecedentes médicos que tuviese en ocasión de participación en la/s disciplina/s que se han programado con motivo de las Olimpiadas Nacionales de Círculos de Oficiales de Policía a llevarse a cabo en la Ciudad de **MAR DEL PLATA** (Provincia de BUENOS AIRES) entre él **02 y 06 de NOVIEMBRE** de 2026-

Fecha: _____

Firma y aclaración deportista