



**MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL
DE FUTBOLISTAS ESPAÑOLES A PRIMA FIJA
(DELEGACIÓN TINEFEÑA)**

FOTO

ZONA DE _____ Nº Licencia _____

1.º APELLIDO _____
 2.º APELLIDO _____
 NOMBRE _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Lugar _____ D.N.I. nº _____
 (_____) D.N.I. nº _____
 Domicilio _____ nº _____
 Localidad _____ Tfno. _____

BIOMETRIA Y EXPLORACIONES

Peso _____	Pulsaciones en reposo _____
Talla _____	Idem tras 20 flexiones _____
Hábito constitucional _____	Tiempo de recuperación _____
Deformidad física _____	Presión arterial _____
Hernias ectopias _____	en reposo (Máx _____)
Aparato locomotor _____	(Min _____)
Aparato cardio-vascular _____	Idem tras _____
Ojos _____	20 flexiones (Máx _____)
Sistema nervioso _____	(Min _____)

OBSERVACIONES CLINICAS _____

ESTADO FISICO _____ APTO PRACTICA DEPORTIVA **SI** **NO**

RECONOCIMIENTO MEDICO VALIDO HASTA (mes y año) _____

DILIGENCIA Reconocimiento médico efectuado el Día: _____

Conforme: El interesado / Tutor: _____
 (Firma)
 Pertenece al Club _____
 Categoría _____
 Nº Club _____
**EL REPRESENTANTE LEGAL,
(FIRMA Y SELLO)**
 En el día de hoy ha sido reconocido el titular de este documento por el Colegiado núm. _____ de _____
 (Firma y Sello)

D.N.I. nº _____

Menores de edad: FIRMA, Padre Madre Tutor D.N.I.: _____