

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



Equipo _____

CERTIFICACION MEDICA 2024

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 2024 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