



INFORME MÉDICO

PR930D - CONECTA CO CAMIÑO

DATOS DA PERSOA FACULTATIVA

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO N° DE COLEXIADO/A,
MATRÍCULA OU SIMILAR

CENTRO ASISTENCIAL OU ENTIDADE NA QUE PRESTA SERVIZOS

INFORMA

Que Don/Dona , con NIF/pasaporte , non padece enfermidade infecto-contaxiosa e non ten discapacidades que lle impidan participar con normalidade en actividades recreativas e deportivas, así como para realizar unha viaxe de longa duración.

O/a paciente debe seguir o seguinte tratamento:

Debido a:

Alerxias:

Observacións:

SINATURA DA PERSOA FACULTATIVA

Lugar e data

 , de de