



INFORME MÉDICO

DATOS DE LA PERSONA FACULTATIVA

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NÚM. COLEGIADO

CENTRO ASISTENCIAL O ENTIDAD EN LA QUE PRESTA SERVICIOS

INFORMO DE QUE:

DON/DOÑA

CON NIF/PASAPORTE

SOLICITANTE DEL PROGRAMA REENCUENTROS CON GALICIA 2026, NECESITA SEGUIR ESTE TRATAMIENTO:

DEBIDO A:

Es una persona que se vale por sí misma para realizar las actividades básicas de la vida diaria, no padece trastornos psicofísicos que alteren la normal convivencia, está en buenas condiciones físicas para realizar un viaje de larga duración y para realizar actividades lúdicas y salidas culturales en autocar por el entorno.

Por lo tanto considero que:  SI  NO puede participar en este programa.

FIRMA DE LA PERSONA FACULTATIVA

Lugar y fecha

 ,  de  de