

MEMORIA JUSTIFICATIVA DE LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS REALIZADOS POR EL CLUB *(Temporada 2024-2025/ año 2025)*

Nombre del club

Temporada/ año

Nombre-deportista	Apellido-deportista	Categoría	Equipo	Motivo de la prueba	Tipo de examen	Centro	Precio	Justificante de pago si/no

Firma del representante legal-secretario/a y sello de la entidad