

MEMORIA JUSTIFICATIVA DE LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS REALIZADOS POR EL CLUB *(Temporada 2025-2026/ año 2026)*

Nombre del club

Temporada/ año

Nombre-Apellido deportista	Categoria	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