



Asistencia Telefónica: 91 991 24 40
75030 24 - 3,00 €

FEDERACIÓN CANARIA DE CICLISMO
 Válido desde 01-01-24 hasta 31-12-24

30681726

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia

Médico Ordenante

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

NO SE ACEPTAN TALONES QUE CONTENGAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN ILEGIBLES	Número de licencia	| | | | | | | | | | | |										
	Fecha de licencia /	Nacido	Mes		Año						
	D./Dña.	.....									
		Nombre										
		Apellidos										
	FECHA: a día	.....	de	.....	de	.....					
	D.N.I.	..... Firma									
Tel. paciente	.....										
Dr./Dra.												
Especialidad												
N.º Colegiado												
Acto profesional realizado												
(debe ajustarse a la nomenclatura del baremo)												
.....												
.....												
.....												
Reservado para codificación												

A CUMPLIMENTAR POR EL RESPONSABLE DEL CLUB

Yo D./Dña. ,
 como del Club
 con domicilio en , Teléfono

Certifico que el jugador profesional / amateur (Táchese lo que no proceda)

D./Dña.
 sufrió una lesión de , en el encuentro / entrenamiento
 / desplazamiento (Táchese lo que no proceda) celebrado en
 el día

Fecha Firma



Asistencia Telefónica: 91 991 24 40
75030 24 - 3,00 €

FEDERACIÓN CANARIA DE CICLISMO
 Válido desde 01-01-24 hasta 31-12-24

30681727

N.º de Asistencia
 Médico Ordenante
 SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO		A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO	
Número de licencia	.....	Dr./Dra.	.....
Fecha de licencia	..... / ..... / .....	Especialidad	.....
D./Dña.	.....	N.º Colegiado	.....
Nombre	.....	Acto profesional realizado	.....
Apellidos	.....	(debe ajustarse a la nomenclatura del baremo)	.....
FECHA: a día	..... de .....		.....
D.N.I.	.....	Firma	.....
Tel. paciente	.....		.....
			Reservado para codificación

A CUMPLIMENTAR POR EL RESPONSABLE DEL CLUB

Yo D./Dña. ,
 como del Club
 con domicilio en , Teléfono

Certifico que el jugador profesional / amateur (Táchese lo que no proceda)

D./Dña.
 sufrió una lesión de , en el encuentro / entrenamiento
 / desplazamiento (Táchese lo que no proceda) celebrado en
 el día

Fecha Firma



Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

75030 24 - 3,00 €

FEDERACIÓN CANARIA DE CICLISMO

Válido desde 01-01-24 hasta 31-12-24

30681728

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia

Médico Ordenante

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

Número de
licencia

.....

Fecha de licencia / /

Nacido
Mes Año

D./Dña.

Nombre

Apellidos

FECHA: a día de de

D.N.I.

Firma



Tel. paciente

Dr./Dra.

Especialidad

N.º Colegiado

Acto profesional realizado

(debe ajustarse a la nomenclatura del baremo)

Reservado para codificación

A CUMPLIMENTAR POR EL RESPONSABLE DEL CLUB

Yo D./Dña. ,
como del Club
con domicilio en , Teléfono

Certifico que el jugador profesional / amateur (Táchese lo que no proceda)

D./Dña.
sufrió una lesión de , en el encuentro / entrenamiento
/ desplazamiento (Táchese lo que no proceda) celebrado en
el día

Fecha Firma



Asistencia Telefónica: 91 991 24 40
75030 24 - 3,00 €

FEDERACIÓN CANARIA DE CICLISMO
 Válido desde 01-01-24 hasta 31-12-24

30681729

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia

Médico Ordenante

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

NO SE ACEPTAN TALONES QUE CONTENGAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN ILEGIBLES	Número de licencia	.....	Dr./Dra.	.....
	Fecha de licencia	..... / ..... / .....	Especialidad	.....
	D./Dña.	.....	N.º Colegiado	.....
		Nombre	Acto profesional realizado	
		Apellidos	(debe ajustarse a la nomenclatura del baremo)	
	FECHA: a día..... de	Nacido	.....
	D.N.I.....	Mes Año	.....
Tel. paciente.....	Firma	Reservado para codificación		

A CUMPLIMENTAR POR EL RESPONSABLE DEL CLUB

Yo D./Dña., como del Club con domicilio en, Teléfono

Certifico que el jugador profesional / amateur (Táchese lo que no proceda)

D./Dña. sufrió una lesión de, en el encuentro / entrenamiento / desplazamiento (Táchese lo que no proceda) celebrado en el día

Fecha Firma.....



Asistencia Telefónica: 91 991 24 40
75030 24 - 3,00 €

FEDERACIÓN CANARIA DE CICLISMO
 Válido desde 01-01-24 hasta 31-12-24

30681730

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

N.º de Asistencia

Médico Ordenante

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

NO SE ACEPTAN TALONES QUE CONTENGAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN ILEGIBLES	Número de licencia	<input type="text"/>	Dr./Dra.	<input type="text"/>
	Fecha de licencia	..... / ..... / .....	Especialidad	<input type="text"/>
	D./Dña.	.....	N.º Colegiado	<input type="text"/>
		Nombre	Acto profesional realizado	
		Apellidos	(debe ajustarse a la nomenclatura del baremo)	
	FECHA: a día	..... de .....	.....
	D.N.I.	.....	.....
	Tel. paciente	.....	Reservado para codificación	

A CUMPLIMENTAR POR EL RESPONSABLE DEL CLUB

Yo D./Dña. ,
 como del Club
 con domicilio en , Teléfono

Certifico que el jugador profesional / amateur (Táchese lo que no proceda)

D./Dña.
 sufrió una lesión de , en el encuentro / entrenamiento
 / desplazamiento (Táchese lo que no proceda) celebrado en
 el día

Fecha Firma