



Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

77397 25-26

FEDERACIÓN ANDALUZA DE VOLEIBOL

Válido desde 01-09-25 hasta 31-08-26

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 ACEPTARÁN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN LESIBLES

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.

sufró 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

77397 25-26

FEDERACIÓN ANDALUZA DE VOLEIBOL

Válido desde 01-09-25 hasta 31-08-26

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 ACEPTARÁN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN LESIBLES

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.

sufró 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

77397 25-26

FEDERACIÓN ANDALUZA DE VOLEIBOL

Válido desde 01-09-25 hasta 31-08-26

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 ACEPTARÁN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN LESIBLES

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.

sufró 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

77397 25-26

FEDERACIÓN ANDALUZA DE VOLEIBOL

Válido desde 01-09-25 hasta 31-08-26

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 ACEPTARÁN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN LESIBLES

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.

sufró 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

77397 25-26

FEDERACIÓN ANDALUZA DE VOLEIBOL

Válido desde 01-09-25 hasta 31-08-26

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 ACEPTARÁN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN LESIBLES

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.

sufró una lesión de, en el encuentro / entrenamiento

/ desplazamiento (Táchese lo que no proceda) celebrado en

el día

Fecha Firma