



Asistencia Telefónica: 91 991 24 40

75074 26 - 3,00 €

30923556

N.º de Asistencia

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE CASTILLA LA MANCHA

Válido desde 01-01-26 hasta 31-12-26

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

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

75074 26 - 3,00 €

30923557

N.º de Asistencia

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE CASTILLA LA MANCHA

Válido desde 01-01-26 hasta 31-12-26

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

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

75074 26 - 3,00 €

30923558

N.º de Asistencia

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE CASTILLA LA MANCHA

Válido desde 01-01-26 hasta 31-12-26

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

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

75074 26 - 3,00 €

30923559

N.º de Asistencia

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE CASTILLA LA MANCHA

Válido desde 01-01-26 hasta 31-12-26

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

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

75074 26 - 3,00 €

30923560

N.º de Asistencia

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE CASTILLA LA MANCHA

Válido desde 01-01-26 hasta 31-12-26

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

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