



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

NO SE ACEPTARAN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN ILEÍBLES

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGUROADO

Número de licencia

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fecha de Licencia / /

Nacido
Mes Año

D./Dña.

Nombre

.....
Apellidos

FECHA: a día..... de

D.N.I.

Firma

Tel. paciente

A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

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 (Tácheselo lo que no proceda)

D./Dña.

sufrió una lesión de en el encuentro / entrenamiento

/desplazamiento (Tácheselo 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

NO SE ACEPTARAN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN ILEÍBLES

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGUROADO

Número de licencia

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fecha de Licencia / /

Nacido
Mes Año

D./Dña.

Nombre

Apellidos

FECHA: a día..... de de

D.N.I.

Firma

Tel. paciente

A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

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 (Tácheselo lo que no proceda)

D./Dña.

sufrió una lesión de en el encuentro / entrenamiento

/desplazamiento (Tácheselo lo que no proceda) celebrado en

el día

Fecha

Firma



Asistencia Telefónica: 91 991 24 40
75074 **26 - 3,00 €**

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE CASTILLA LA MANCHA

Válido desde 01-01-26 hasta 31-12-26

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

30923558

N.º de Asistencia

Médico Ordenante

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

Número de licencia

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fecha de Licencia / /

Nacido
Mes Año

D./Dña.

Nombre

.....
Apellidos

FECHA: a día..... 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 (Tácheselo lo que no proceda)

D./Dña.

sufrió una lesión de en el encuentro / entrenamiento

/desplazamiento (Tácheselo 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

NO SE ACEPTARAN TALONES QUE OMITAN ALGUNO DE ESTOS DATOS O SEAN ILLIBRES

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGUROADO

Número de licencia

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fecha de Licencia / /

Nacido
Mes Año

D./Dña.

Nombre

.....
Apellidos

FECHA: a día..... de

D.N.I.

Firma

Tel. paciente

A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO

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 (Tácheselo lo que no proceda)

D./Dña.

sufrió una lesión de en el encuentro / entrenamiento

/desplazamiento (Tácheselo lo que no proceda) celebrado en

el día

Fecha

Firma



Asistencia Telefónica: 91 991 24 40
75074 **26 - 3,00 €**

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE CASTILLA LA MANCHA

Válido desde 01-01-26 hasta 31-12-26

SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

30923560

N.º de Asistencia

Médico Ordenante

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

Número de licencia

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fecha de Licencia / /

Nacido
Mes Año

D./Dña.

Nombre

.....
Apellidos

FECHA: a día..... 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 (Tácheselo lo que no proceda)

D./Dña.

sufrió una lesión de en el encuentro / entrenamiento

/desplazamiento (Tácheselo lo que no proceda) celebrado en

el día

Fecha

Firma