

INFORMACIONES DEL LUCHADOR

Nombre y Apellido(s) :
(POR FAVOR, EN
MAYÚSCULAS)

Fecha de nacimiento : ____ / ____ / ____ Sexo : Hombre Mujer

Número de licencia : _____ Nombre del Club : _____

DETALLES DEL INCIDENTE

Fecha del incidente : ____ / ____ / ____ Ciudad : _____

Nombre y Apellido(s) del médico :

Número de colegiado : _____

Pérdida de conocimiento : SI NO Si la respuesta es sí, ¿cuánto tiempo? : _____

Síntomas observados : _____

A rellenar para volver a competir

AUTORIZACIÓN MÉDICA

Certifico que el luchador ha respetado el protocolo de vuelta al deporte, que es asintomático y que, por lo tanto, está apto para reanudar la competición.

Nombre y Apellido(s) del médico :

Número de colegiado : _____ Firmado el : ____ / ____ / ____ en : _____

Firma : _____

Federación Española de Lucha

📍 C/ Amós de Escalante, 12 Bajo (28017)
MADRID

☎ +34 914 061 666

✉ info@felucha.com

🌐 www.felucha.com

Cláusula: Este formulario debe enviarse obligatoriamente a la federación antes de la reanudación de cualquier competición.