



REAL FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE FÚTBOL

DELEGACIÓN TERRITORIAL NAVARRA DE LA MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL DE FUTBOLISTAS ESPAÑOLES A PRIMA FIJA

SERVICIOS MÉDICOS



Federación Navarra de Fútbol

APELLIDOS

NOMBRE

D.N.I.

FECHA NACIMIENTO

DOMICILIO

LOCALIDAD

CLUB CATEGORÍA

DATOS MÉDICOS

ANTECEDENTES PERSONALES:

.....

.....

PESO ESTATURA PERÍMETRO TORÁCICO: Máximo

ESPIROMETRÍA EN REPOSO Mínimo

PULSACIONES EN REPOSO PERÍMETRO ABDOMINAL:

PULSACIONES TRAS 20 FLEX: PRESIÓN EN REPOSO: Máxima

TIEMPO DE RECUPERACIÓN: Mínima

PRESIÓN TRAS 20 FLEX: Máxima

Mínima

TIEMPO DE RECUPERACIÓN:

(*) APTO PARA FUTBOL.- Colegiado D.

Firma y sello del Colegiado

“ N.º

Fecha

(*) En caso negativo tachar e indicar motivos

.....

.....

IMPORTANTE: Es **OBLIGATORIO** el sello del Colegiado y la fecha de la revisión.