



THIS IS OUR LEGACY

CERTIFICACIÓN MÉDICA

NOMBRE Y APELLIDO DEL JUGADOR O JUGADORA	FECHA DE NACIMIENTO ___/___/___
NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO TRATANTE	
DIRECCIÓN DE CONSULTORIO	

A través de mi firma del presente documento certifico que tengo licencia de médico en la República de Panamá, y que estoy calificado para determinar que el jugador(a) _____ está **apto físicamente**, y que no he encontrado razón médica observable por la cual no pueda participar del programa de fútbol americano, flag fútbol o cheerleading.

De esta manera estoy aprobando, desde el punto de vista médico, su participación en las actividades deportivas de AYF Panamá.

FIRMA DEL DOCTOR

SELLO O IMPRENTA
DEL DOCTOR

FECHA: / /

IMPORTANTE: Por favor considerar que esta autorización será nula en caso de que el jugador o la jugadora sufra una lesión durante la temporada de juego. La lesión se refiere a cualquier percance físico ocurrido durante las actividades deportivas, así como cualquier actividad fuera del ámbito de la liga, o por padecimiento de alguna enfermedad.

De presentarse esta situación será responsabilidad del padre, madre, representante o tutor notificar al head coach del equipo y demás oficiales de la liga. También será responsabilidad de estos obtener un permiso escrito de parte del médico que atienda el caso, para que el jugador o la jugadora pueda reintegrarse a las actividades deportivas.