



# INFORME MÉDICO DE INCIDENCIAS EN CARRERAS (ANEXO 9.1)

Nombre de la prueba			
Clase		Fecha	
Categorías			
Localidad		Provincia	
Entidad organizadora			

Matrícula de la ambulancia			
Adecuadamente equipada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Inspección Técnica Sanitaria (ITS) en vigor	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

Informe (indicar dorsal y lesiones): .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nombre y apellidos: .....

Colegiado nº: ..... Licencia nº: .....

Fdo: .....