FARAM
FEDERACIÓN ARAGONESA DE MOTOCICLISMO

INFORME CLINICO DE ASISTENCIA SANITARIA

Prueba		Organizador	
Circuito		Localidad	
Fecha			

Don _____ Nº colegiado: _____

EN EL CASO DE QUE POR CUALQUIER CINSCUNSTACIA UN PILOTO NO ESTE EN CONDICIONES DE SEGUIR PARTICIPANDO EN LA PRUEBA, ROGAMOS SE COMUNIQUE URGENTEMENTE A DIRECCION DE CARRERA.

ASISTENCIAS:

Hora	Dor.	Cat.	Nombre y Apellidos	Diagnostico	Tratamiento
					Firma: