



ASOCIACIÓN DE CLUBES
LIGA ARGENTINA DE VOLEIBOL

M-07

DECLARACIÓN
DE MEDICACIÓN



COMPETENCIA:

INSTITUCIÓN:

FECHA:

PARTIDO Nº:

EQUIPO A:

EQUIPO B:

FASE:

HORA:

DECLARACION DE MEDICACIÓN (DROGAS) ADMINISTRADAS A LOS ATLETAS

MÉDICO
(NOMBRE):

YO CERTIFICO QUE EN LAS ÚLTIMAS 72 HORAS PRECEDENTES AL PARTIDO, LA SIGUIENTE MEDICACIÓN HA SIDO TOMADA
POR LOS ATLETAS PARTICIPANTES:

Nº	APELLIDO Y NOMBRE	MEDICINA (NOMBRE, LABORATORIO Y DOSIS)

COMENTARIOS:

FECHA:

FIRMA:

CC: MÉDICO DEL EQUIPO