

Federación vasca de:

Federación territorial de:

Categoría:	
Club:	Teléfono de Club:

### DATOS DEL ACCIDENTADO

Nombre y apellidos:	
DNI:	Fecha de nacimiento:
Domicilio:	
Población:	Provincia:
Teléfono:	Móvil:
Email:	

### DATOS DEL ACCIDENTE

Lugar:	Fecha:
Lesión producida en: <input type="checkbox"/> Partido amistoso <input type="checkbox"/> Partido oficial <input type="checkbox"/> Entrenamiento <input type="checkbox"/> Desplazamiento	
Circunstancia y detalle del accidente:	
Descripción de las lesiones:	
Centro o profesional que efectúa la primera asistencia:	

### INFORME MEDICO

Centro y médico que realiza el tratamiento definitivo:
Diagnóstico:

Firma del Lesionado

Firma del Entrenador o Presidente

Sello del Club

Autorización de la Federación

Sello Federación