



CERTIFICADO MÉDICO

Nombre y Apellido(s) del Árbitro (en mayúsculas):

País:

Nombre y Apellido(s) del Médico (en mayúsculas):

País:

Fecha y lugar de las pruebas médicas:

El que suscribe declara por la presente que:

1. El árbitro arriba mencionado no presenta ninguna enfermedad aparente que pudiere impedirle arbitrar un partido de baloncesto. El examen médico, incluyendo el historial médico cardiovascular exhaustivo y el ECG, no presenta ningún síntoma de una patología.
2. No tiene ninguna contraindicación médica para somertese a una prueba de aptitud física extrema, incluyendo la Prueba física (básica o de elite Yo-Yo) para Árbitros de la FIBA.

Fecha (día/mes/año)

Firma y sello del Médico

Este certificado médico es válido durante 12 meses y debe ser presentado por el árbitro a la organización competente del baloncesto cuando sea requerido.

Nota: En caso de discrepancia entre los tres idiomas: inglés, español y francés, sobre el significado o interpretación de una palabra o frase, el texto en inglés prevalece.