REAL FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE PIRAGÜISMO

COMITÉ TÉCNICO NACIONAL DE ÁRBITROS

INFORME DE ASISTENCIA EN AMBULANCIA

Competición .....

Lugar y Fecha .....

Médico .....

Técnico Sanitario .....

Nombre Deportista	Club	Dorsal Deportista	¿Leve? (Sí/No)	¿Traslado Hospitalario? (Sí/No)

Médico *Técnico Sanitario*