



RCVS, INC.
ESCUELA DE VOLLEYBALL FEMENINO DE VERANO

CERTIFICADO MÉDICO

Certifico que examiné a _____ y que está capacitado (a) para participar en las actividades auspiciadas por RCVS, INC.

Observaciones _____

En _____, Puerto Rico, a _____ de _____ de _____

Nombre del Médico

Núm. de licencia

Firma del Medico