



FEB

Federación española
de BALONCESTO
Comisión de la Salud y
Prevención del Dopaje

TALONARIO DE REGISTRO DE PRESCRIPCIÓN

CLUB/SELECCIÓN CATEGORÍA

NOMBRE DEL JUGADOR/A FECHA

NOMBRE DEL MÉDICO DEL CLUB/SELECCIÓN

Productos prescritos	Vía de administración	Posología	Duración	Precisa AUT	Autoriza la AUT
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

NOMBRE DEL PRESCRIPTOR (si es ajeno al Club/Selección).....

OBSERVACIONES.....

.....

.....

Firma del jugador/a,

Firma del médico del Club/Selección

ORIGINAL BLANCO: Jugador/a - COPIA ROSA: Médico Club/Selección - COPIA AMARILLA: Comisión de la Salud y Prevención del Dopaje de la F.E.B.