



Real Federación Española
de Automovilismo

PARTE DE ACCIDENTE PARA FEDERADOS



Liberty
Seguros

DATOS DEL LESIONADO

APELLIDOS			NOMBRE		
DOMICILIO, CALLE		NUM.	D.N.I.		
TEL.	POBLACIÓN	PROVINCIA	C.P.	LICENCIA	FECHA EXPEDIC.

ACCIDENTE

EXPEDTE. N.º	COMPETICIÓN				
FECHA	LUGAR	<input type="checkbox"/> ENTRENOS		<input type="checkbox"/> CARRERA	

DATOS ORGANIZADOR Y PERSONA RESPONSABLE

ORGANIZADOR	DOMICILIO
RESPONSABLE APELLIDOS	NOMBRE
ACTÚA EN CALIDAD DE: (Director de Carrera, Organizador, Médico Prueba)	LICENCIA

En..... a..... de..... del.....

Vt.º B.º
R.F.E. de A.

Sello del Club

Firma del Responsable
del parte

El Dr. D. _____ Colegiado n.º _____ del Centro Médico
_____ c/ _____ de _____

INFORMA:

Que del reconocimiento practicado al particular del presente parte, se deduce que PADECE:

.....

.....

.....

Fdo.

NOTA IMPORTANTE: Este impreso es utilizable únicamente para accidentados en posesión de licencia.
Enviar este original a la R.F.E. de A. (URGENTE y debidamente cumplimentados en todos sus términos).