



Competición de la CONMEBOL: **Libertadores Sub20 2024 - Del 02 al 17 de marzo del 2024.**

CLUB: _____

CONFIRMACIÓN DE EVALUACIÓN MÉDICA PRECOMPETENCIA Y COMPROMISO MÉDICO

Los que suscriben

(NOMBRE DEL PRESIDENTE – EN LETRA DE IMPRENTA)

Confirman por la presente declaración que:

- A)** Cada deportista se ha sometido a una evaluación médica previa a la competición (PCMA), empleando los métodos reconocidos de evaluación. Las delegaciones son responsables de garantizar que el examen médico se realice de acuerdo con los estándares médicos actuales.
- B)** No se han detectado en ningún deportista deficiencias físicas que pudiesen poner en peligro su salud en relación con la **CONMEBOL Libertadores Sub20 2024**.

Los signatarios, es decir, el presidente y/o secretario general y el médico de la delegación, han entendido la información sobre las condiciones de salud y por la presente declaración confirman individualmente los puntos a) & b).

Solicitamos puedan remitir dicha documentación a comision.medica@conmebol.com hasta el 27 de febrero del año 2024.

Firmas:

(LUGAR)

(FECHA)

(PRESIDENTE)

Y/O

(SECRETARIO GENERAL)

(MÉDICO DEL EQUIPO) *

*obligatorio

Confederación Sudamericana de Fútbol

Tel.: +595 21 517 2000

Autopista Silvio Pettiorossi y Valois Rivarola
Luque - Paraguay

www.conmebol.com