



CAMPEONATO DE ESPAÑA



CATEGORÍA DE PESO:

ACTA DE PESAJE DEL COMBATE

D. _____ con licencia nº _____
Peso _____ Hora _____
Resultado de la visita médica APTO NO APTO
Firma del médico _____
Fdo: _____
Nº colegiado: _____

D. _____ con licencia nº _____
Peso _____ Hora _____
Resultado de la visita médica APTO NO APTO
Firma del médico _____
Fdo: _____
Nº colegiado: _____

OBSERVACIONES PREVIAS.-

Pesaje efectuado el día de _____ de 20 _____ en _____

Firma conforme
EL DELEGADO

Comité de Boxeo Profesional - FEB
C/ Ferraz 16. CP: 28008 (Madrid) - España
Tfn: +34 915 477 758 / +34 915 477 791
E-mail: comitebpe@gmail.com