



FORMULARIO TESTEO INICIO ENTRENAMIENTOS

Test rápidos COVID-19 IgG/IgM

CLUB _____

CATEGORIA _____

JUGADOR

Nombres: _____ Apellidos: _____

DNI.: _____ Comet ID: _____

Móvil de contacto: _____ Mail de contacto: _____

FECHA:

En la fecha se ha realizado al jugador el Test rápido COVID-19 IgG/IgM el cual arrojó resultado:

NEGATIVO

POSITIVO

Espacio reservado para insertar la
Foto de la toma de la muestra al Jugador

FIRMAS: _____

Jugador

Médico responsable
Sello y Matrícula médica

1978
ASOCIACIÓN DEL FÚTBOL ARGENTINO
1986

Sede Social
Viamonte 1366 (C1053ACB)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Teléfono: + 54 11 4370-7900

Predio Julio Humberto Grondona
Enrique Fernández García (1802), Ezeiza
Provincia de Buenos Aires
Teléfono: + 54 11 4480-9393

www.afa.com.ar