



NORCECA Anti-Doping Players ID

L-2

Equipo / Team: _____

Apellidos / Last Name: _____

Nombres / First Name: _____

Correo Electrónico / E-mail: _____ Tel / Phone No.: _____

Dirección Física / Physical Address: _____

Fecha de Nacimiento / Date of Birth: _____

No. Pasaporte / Passport No. : _____ Expiración / Expiration Date: _____

Nacionalidad Pasaporte/ Passport Nationality: _____

Nacionalidad Deportiva / Sport Nationality: _____

Nombre del entrenador / Coach Name: _____

Nombre del médico del equipo / Team Doctor Name: _____

Evento / Event: _____ Ciudad / City: _____

País / Country: _____ Fecha / Date: _____

DETAIL OF PRESCRIBED MEDICINE, DRUGS, NUTRITIONAL SUPPLEMENTS OR ANY KIND OF MEDICINE, DRUGS AND SUPPLEMENTS IN USE (IF ANY) DESCRIPTION OF ITS COMMERCIAL OR GENERIC NAME AND ACTIVE INGREDIENTS/ DETALLE DE LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS, SUPLEMENTOS NUTRICIONAL, O CUALQUIER TIPO DE MEDICAMENTOS O SUPLEMENTO EN USO (SI APLICA) DESCRIPCIÓN DE SU NOMBRE COMERCIAL O GENÉRICO E INGREDIENTES ACTIVOS:

Firma del Jugador / Player Signature