

F  
B  
M

SOLICITUD DE LICENCIA DE  
\_\_\_\_\_  
TEMPORADA 2008/2009

FOTO

Esta licencia acredita la vinculación entre el Club y el titular, de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento de Organización y Bases de Competición de la F.B.M.

Firma del padre, madre o tutor si el titular es menor de edad, autorizando la solicitud de la licencia y aceptando todos los datos y autorizaciones que constan.

Sello del Club

DELEGACION ALCORCON

DATOS DEL CLUB

CATEGORIA:  
CLUB:  
EQUIPO:

DATOS DEL TITULAR

D.N.I.:  
APELLIDOS:  
NOMBRE:  
FECHA NACIMIENTO:  
LUGAR DE NAC.:  
NACIONALIDAD:


Firma del Padre, Madre o Tutor  
D.N.I.: \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante  
D.N.I.: \_\_\_\_\_


El abajo firmante, Médico Colegiado con nº \_\_\_\_\_ CERTIFICA haber reconocido al jugador solicitante, y lo declara APTO para jugar al Baloncesto tanto por un equipo correspondiente a su edad como para un equipo de edad inmediata superior a la suya.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Médico



Para solicitar licencia en **2 categorías superiores** a su edad deberá adjuntar Certificado Médico Oficial que autorice expresamente dicha circunstancia.



F  
B  
M

SOLICITUD DE LICENCIA DE  
\_\_\_\_\_  
TEMPORADA 2008/2009

FOTO

Esta licencia acredita la vinculación entre el Club y el titular, de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento de Organización y Bases de Competición de la F.B.M.

Firma del padre, madre o tutor si el titular es menor de edad, autorizando la solicitud de la licencia y aceptando todos los datos y autorizaciones que constan.

Sello del Club

DELEGACION ALCORCON

DATOS DEL CLUB

CATEGORIA:  
CLUB:  
EQUIPO:

DATOS DEL TITULAR

D.N.I.:  
APELLIDOS:  
NOMBRE:  
FECHA NACIMIENTO:  
LUGAR DE NAC.:  
NACIONALIDAD:


Firma del Padre, Madre o Tutor  
D.N.I.: \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante  
D.N.I.: \_\_\_\_\_


El abajo firmante, Médico Colegiado con nº \_\_\_\_\_ CERTIFICA haber reconocido al jugador solicitante, y lo declara APTO para jugar al Baloncesto tanto por un equipo correspondiente a su edad como para un equipo de edad inmediata superior a la suya.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Médico



Para solicitar licencia en **2 categorías superiores** a su edad deberá adjuntar Certificado Médico Oficial que autorice expresamente dicha circunstancia.



F  
B  
M

SOLICITUD DE LICENCIA DE  
\_\_\_\_\_  
TEMPORADA 2008/2009

FOTO

Esta licencia acredita la vinculación entre el Club y el titular, de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento de Organización y Bases de Competición de la F.B.M.

Firma del padre, madre o tutor si el titular es menor de edad, autorizando la solicitud de la licencia y aceptando todos los datos y autorizaciones que constan.

Sello del Club

DELEGACION ALCORCON

DATOS DEL CLUB

CATEGORIA:  
CLUB:  
EQUIPO:

DATOS DEL TITULAR

D.N.I.:  
APELLIDOS:  
NOMBRE:  
FECHA NACIMIENTO:  
LUGAR DE NAC.:  
NACIONALIDAD:


Firma del Padre, Madre o Tutor  
D.N.I.: \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante  
D.N.I.: \_\_\_\_\_


El abajo firmante, Médico Colegiado con nº \_\_\_\_\_ CERTIFICA haber reconocido al jugador solicitante, y lo declara APTO para jugar al Baloncesto tanto por un equipo correspondiente a su edad como para un equipo de edad inmediata superior a la suya.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Médico



Para solicitar licencia en **2 categorías superiores** a su edad deberá adjuntar Certificado Médico Oficial que autorice expresamente dicha circunstancia.



F  
B  
M

SOLICITUD DE LICENCIA DE  
\_\_\_\_\_  
TEMPORADA 2008/2009

FOTO

Esta licencia acredita la vinculación entre el Club y el titular, de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento de Organización y Bases de Competición de la F.B.M.

Firma del padre, madre o tutor si el titular es menor de edad, autorizando la solicitud de la licencia y aceptando todos los datos y autorizaciones que constan.

Sello del Club

DELEGACION ALCORCON

DATOS DEL CLUB

CATEGORIA:  
CLUB:  
EQUIPO:

DATOS DEL TITULAR

D.N.I.:  
APELLIDOS:  
NOMBRE:  
FECHA NACIMIENTO:  
LUGAR DE NAC.:  
NACIONALIDAD:


Firma del Padre, Madre o Tutor  
D.N.I.: \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante  
D.N.I.: \_\_\_\_\_

El abajo firmante, Médico Colegiado con nº \_\_\_\_\_ CERTIFICA haber reconocido al jugador solicitante, y lo declara APTO para jugar al Baloncesto tanto por un equipo correspondiente a su edad como para un equipo de edad inmediata superior a la suya.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Médico



Para solicitar licencia en **2 categorías superiores** a su edad deberá adjuntar Certificado Médico Oficial que autorice expresamente dicha circunstancia.