



SOLICITUD DE LICENCIA

DATOS DEL CLUB	CATEGORÍA:	
	CLUB:	
	EQUIPO:	

DATOS DEL TITULAR	APELLIDOS:			
	NOMBRE:		DNI ó LICENCIA:	
	FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO:	
	POBLACIÓN:			
	CÓDIGO:		TELÉFONO:	

APTITUD MÉDICA

El abajo firmante, Médico Colegiado con Número _____ CERTIFICA haber reconocido al jugador solicitante, y lo declara APTO para jugar al Baloncesto tanto por un equipo de edad correspondiente a la presente solicitud como para un equipo de edad inmediata superior a la misma solicitud.

Fecha _____ Firma del Médico _____

ATENCIÓN: FIRMAS DEPORTISTA Y REPRESENTANTE LEGAL AL DORSO

Imprimir el documento por ambas caras.