FEDERACIÓN GALEGA DE BALONCESTO

SOLICITUDE DE LICENZA - CERTIFICADO MÉDICO/AUTORIZACIÓN

XUNTA DE GALICIA | DEPORTE GALEGO

Tempada: _____

Club: _____

Equipo: _____

Categoría: _____

Apelidos: _____

Nome: _____ DNI: _____

Data Nacemento: _____ Lugar Nacemento: _____

Poboación: _____

C.Postal: _____ Teléfono: _____

O abaixo firmante, Médico Colexiado con número CERTIFICA ter recoñecido ao xogador solicitante, e declárao APTO para xogar ao Baloncesto tanto por un equipo de idade correspondente á presente solicitude como para un equipo de idade inmediata superior á mesma solicitude.

Sinatura do Médico (dixitalizada)

Data:

AUTORIZACIÓN PATERNA (ATA CATEGORÍA INFANTIL)

D/Dª. Titor legal, nai/pai, declara expresamente que o seu fillo, ou no seu caso, tutelado, superou os controis médicos preventivos que lle habilitan para a práctica do deporte federado, autorizando a que o menor sexa aliñado nos encontros de baloncesto da súa categoría ou de categoría superior organizados pola Federación Galega de Baloncesto.

Sinatura nai/pai/titor legal dixitalizada

Data: