



ANVERSO

SOLICITUD DE LICENCIA DE _____

TEMPORADA 2008/09

DATOS	CATEGORIA _____
DEL	CLUB _____
CLUB	EQUIPO _____

DATOS	APELLIDOS _____
DEL	NOMBRE _____ DNI ó LICENCIA _____
TITULAR	FECHA NACIMIENTO _____ LUGAR NACIMIENTO _____
	POBLACION _____
	CODIGO _____ TELEFONO _____

REVERSO

Esta licencia acredita la vinculación que existe entre el Club y el titular, de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento General de la Federación Española de Baloncesto.

Firma del solicitante

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

DNI _____

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