

## SOL·LICITUD LLICÈNCIA DE JUGADOR/A ESCOLAR

Temporada	Delegació Insular		
Club			
Categoria	Masculí	Femení	
Nom de l'equip			
Nom	Cognoms		
DNI	Data de naixement		
Localitat de naixement	Província de naixement		
Pais de naixement	Nacionalitat		
Telèfon 1	Telèfon 2		
Domicili	Localitat	C.P.	
Província	Pais		
e-mail			

El Pare/Mare o tutor legal autoritza que el/la jugador/-a a sobre nombrat, participi en una categoria immediatament superior a la corresponent a la seva edat.

Nom del pare/mare o tutor:

DNI

Signat

Data

El metge col·legiat amb el n.

**CERTIFICA:**

haver reconegut al/la jugador/-a sol·licitant i el/la declara **APTE** tant per jugar a bàsquet en un equip d'edat corresponent a la present sol·licitud, com en un equip d'edat immediatament superior a la mateixa.

El metge:

*signatura i segell*

Data

PRESIDENT/-A DEL CLUB

SEGELL DEL CLUB

JUGADOR/-A

PARE/MARE/TUTOR