



DATOS PERSONALES DEL JUGADOR							(RELLENAR CON LETRAS MAYÚSCULAS)		
NOMBRE						F. NACIMIENTO			
APELLIDOS									
EDAD		SEXO		NACIONALIDAD		D.N.I.			
TELÉFONO FIJO						MÓVIL			
TELÉFONO FIJO						MÓVIL		MÓVIL 2	
E-MAIL									
ALERGIAS Y LESIONES									
DIRECCIÓN									
POBLACIÓN						CÓDIGO POSTAL			

*En caso de padecer alguna alergia o enfermedad deberá aportar certificado médico.

CLUB DE PROCEDENCIA								POSICIÓN EN EL CAMPO	
LATERALIDAD		DIESTRO <input type="checkbox"/>		ZURDO <input type="checkbox"/>		AMBIDIESTRO <input type="checkbox"/>		<p>MARCA TUS 2 POSICIONES PREFERIDAS <input checked="" type="checkbox"/></p>	
OBSERVACIONES:									

*En caso de lesión o accidente, el C.D.E. Amistad no contrae responsabilidad alguna durante las Jornadas de Puertas Abiertas.

AUTORIZACIÓN

Yo, _____ con DNI: _____, autorizo al jugador arriba mencionado, en calidad de _____ (padre, madre, tuto legal) a participar en las Jornadas de Puertas Abiertas del C.D.E. Amistad de Alcorcón para la Temporada 2019-20.

Firma:

Fecha:

Necesitamos firmada la siguiente autorización si está en algún equipo federado (firma y sello del Club):

Autorizamos al jugador arriba mencionado, que actualmente milita en _____ a participar en las Jornadas de Puertas Abiertas en el C.D.E. Amistad de Alcorcón para la temporada 2019-20

Firma y sello:

Fecha:

