|  |
| --- |
| D.       |
| En representación del club |       |

|  |
| --- |
| **SOLICITA** |
| Autorización para que el jugador perteneciente a uno de los equipos que este club posee y cuyos datos figuran a continuación, juegue en la categoría superior a la que por su edad le corresponde. |
| **DATOS DEL JUGADOR**  |
| **NOMBRE Y APELLIDOS** |  |
| **D.N.I. Nº** |  | **FECHA NACIMIENTO** |  | **Nº LICENCIA** |  |
| **EQUIPO AL QUE PERTENECE** |  | **CATEGORIA** |  |
| **DATOS DEL EQUIPO PARA EL QUE SE SOLICITA AUTORIZACION** |
| **EQUIPO** |  | **CATEGORIA** |  |
| FECHA |  | POR EL CLUB (firma y sello) |
| Fdo.:  |
| **AUTORIZACION PATERNA** |
| D/Dª  |  | DNI nº |  |
| En calidad de padre/madre/tutor-a legal, del jugador cuyos datos figuran en este impreso, ante la Federación de Balonmano de Castilla y León de Balonmano comparece y como mejor proceda DICE:Que mediante el presente documento, autorizo y acepto la participación de mi hijo-a/tutelado-a, en la competición con el equipo de categoría superior del club con el que tiene licencia. | **FIRMA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **AUTORIZADO CON FECHA** |  |