**SOLICITUD DE TRAMITACION DE LICENCIA DE JUGADOR TEMPORADA 2017-18**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CATEGORIA**  |       | **M [ ]**  | **F [ ]**  |
| **NOMBRE DEL EQUIPO** |       |
| **CLUB AL QUE PERTENECE**  |       |

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES DE JUGADOR** |
| **NOMBRE Y APELLIDOS** |  |
| **DNI/NIE/PASAPORTE** |  | **FECHA NACIMIENTO** |  |
| **DOMICILIO** |  | **LOCALIDAD** |  |
| **PROVINCIA** |  | **C.P.**  |  | **TELEFONO 1** |  | **TELEFONO 2** |  |
| **CORREO ELECTRONICO**  |  | **Nº DE TEMPORADAS** |
| **FECHA** | **FIRMA DEL JUGADOR/A** | **1 [ ]**  | **2 [ ]**  | **3 [ ]**  |
|  | **PARA JUGADORES/AS DE CATEGORIA SENIOR** |
| De conformidad con lo establecido en la L.O. 1/1982 de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen, y en la L.O. 1/96, de 15 de enero, de la Protección Jurídica al Menor, autorizo a La Federación de Balonmano de Castilla y León a incluir mis imágenes en los medios y soportes de comunicación (página web oficial, revistas, videos, medios de comunicación, memorias, carteles, etc.) que La Federación considere oportuno, con el fin de difundir las actividades que La Federación ofrece. La Federación de Balonmano de Castilla y León no podrá utilizar estas imágenes para finalidades distintas. |

|  |
| --- |
|  **RECONOCIMIENTO MEDICO** |
| Como Secretario del club **CERTIFICO** que el jugador/a cuyos datos se recogen en este impreso ha sido reconocido y resultado **APTO** para la práctica del Balonmano según consta en la documentación depositada en el club, por el colegiado que se expresa. | Nº DE COLEGIADO |
|  |
|  **SOLICITUD** |
| El abajo firmante en calidad de Secretario del club, certifica que los datos recogidos en este impreso son ciertos y solicita a la Federación de Balonmano la tramitación de la licencia del jugador/a. así mismo certifica que el jugador/a ha sido reconocido y resultado **APTO** para la práctica del Balonmano |
| FECHA |  | EL SECRETARIO DEL CLUB (firma y sello) |
| Fdo.:  |

|  |
| --- |
| **AUTORIZACION PATERNA (jugadores/as menores de 18 años)** |
| 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 club arriba expresado. | **FIRMA** |
| De conformidad con lo establecido en la L.O. 1/1982 de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen, y en la L.O. 1/96, de 15 de enero, de la Protección Jurídica al Menor, autorizo a La Federación de Balonmano de Castilla y León a incluir las imágenes de nuestro hijo o tutelado en los medios y soportes de comunicación (página web oficial, revistas, videos, medios de comunicación, memorias, carteles, etc.) que La Federación considere oportuno, con el fin de difundir las actividades que La Federación ofrece. La Federación de Balonmano de Castilla y León no podrá utilizar estas imágenes para finalidades distintas. |