



(\*) Datos obligatorios

|                             |            |             |
|-----------------------------|------------|-------------|
| <b>DATOS DE LA LICENCIA</b> | TEMPORADA: | 2022 / 2023 |
|-----------------------------|------------|-------------|

|                       |                |  |
|-----------------------|----------------|--|
| <b>DATOS DEL CLUB</b> | CATEGORÍA: (*) |  |
|                       | CLUB: (*)      |  |
|                       | EQUIPO: (*)    |  |

|                          |                       |  |                      |  |
|--------------------------|-----------------------|--|----------------------|--|
| <b>DATOS DEL TITULAR</b> | APELLIDOS: (*)        |  |                      |  |
|                          | NOMBRE: (*)           |  |                      |  |
|                          | FECHA NACIMIENTO: (*) |  | DNI ó PASAPORTE: (*) |  |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Aptitud médica</b> | El/la médico/a abajo firmante, CERTIFICA haber reconocido al/la jugador/a solicitante, y lo declara APTO/A 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. |
|-----------------------|--|

|                                  |
|----------------------------------|
| <b>Firma del/la médico:</b>      |
| Fecha: (*)                       |
| Médico Colegiado con Número: (*) |
| Nombre y apellidos:              |