



# SOLICITUDE DE LICENZA - CERTIFICADO MÉDICO/AUTORIZACIÓN



Tempada:

Club: \_\_\_\_\_

Equipo: \_\_\_\_\_

Categoría: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Data Nacemento: \_\_\_\_\_ Lugar Nacemento: \_\_\_\_\_

Poboación: \_\_\_\_\_

C.Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

O abaixo firmante, Médico Colexiado con número \_\_\_\_\_ CERTIFICA ter recoñecido ao xogador solicitante, e decláralo APTO para xogar ao Baloncesto tanto por un equipo de idade correspondente á presente solicitude como para un equipo de idade inmediata superior á mesma solicitude.

Sinatura do Médico (dixitalizada)

Data:

## AUTORIZACIÓN PATERNA (ATA CATEGORÍA INFANTIL)

D/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ Titor legal, nai/pai, declara expresamente que o seu fillo, ou no seu caso, tutelado, superou os controis médicos preventivos que lle habilitan para a práctica do deporte federado, autorizando a que o menor sexa aliñado nos encontros de baloncesto da súa categoría ou de categoría superior organizados pola Federación Galega de Baloncesto.

Sinatura nai/pai/titor legal dixitalizada

Data: