

“JUEGOS DEPORTIVOS MUNICIPALES”

LICENCIA DE EQUIPO TEMPORADA ____ / ____

ENTIDAD: _____

DEPORTE: _____ **CATEGORIA** _____ **SEXO:** _____

COLOR CAMISETA OFICIAL: _____ **RESERVA:** _____

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS DEPORTISTA	F.NAC.	Nº.CARNE DEPORTIVO	SEGURO SANITARIO (1)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
Entrenador				
Delegado				

San Fernando, ____ de _____ de 200 ____

NOMBRE, FIRMA DEL DELEGADO Y D.N.I.

Vº Bº P.M.D.

- Como Delegado de Equipo manifiesto que los jugadores relacionados no tienen contraindicada la practica deportiva y por tanto son aptos.
- (1) Indicar el seguro sanitario del deportista que se tendrá que tener en cuenta a la hora de derivar en casos de urgencia al accidentado al centro sanitario que su seguro tenga concertado.