



ESCUELA DE FUTBOL CONCEPCION

Teléfono: 914.054.428
Email: efconcepcion@hotmail.com

SOLICITUD DE PRUEBA CURSO 19/20

RELLENAR LA SOLICITUD Y ENVIARLA POR CORREO ELECTRONICO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN
efconcepcion@hotmail.com

Pegue aquí su foto

DATOS PERSONALES

Nombre		Apellido	
Apellido		DNI o Pasaporte	
Fecha nacimiento		Lugar Nacimiento	
Domicilio			
Código postal	Localidad		Provincia
Teléfono (Padre, Madre ó Tutor)		E-mail (Padre, Madre ó Tutor)	

RELLENAR TODOS LOS DATOS EN MAYUSCULAS

ADVERTENCIA: El jugador arriba indicado, solicita y realiza voluntariamente la prueba. El **CLUB E.F.CONCEPCION NO** contraerá responsabilidad alguna en el caso de lesión ó problemas derivados de dichas pruebas, ni en el caso de que **el jugador padezca alguna enfermedad ó dolencia que no sea comunicada al técnico por escrito firmada por el padre/madre/tutor al responsable de las pruebas previamente al inicio de las mismas, debiendo aportar en ese caso, la autorización médica oportuna, con mención expresa de las pruebas deportivas que está facultado a realizar.** Además, si la situación deportiva del solicitante no fuese de completa libertad, deberá presentar una autorización del Club de pertenencia el día de realización de dicha prueba.

AUTORIZACION

Nombre y Apellidos (Padre, Madre ó Tutor): _____

D.N.I. _____ Fdo.: _____

En Madrid a ____ de _____ 20__

HISTORIAL DEPORTIVO

TEMPORADA	CLUB/CATEGORIA	POSICIÓN
2018/2019		
2017/2018		

De conformidad con lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, consiento que estos datos sean incorporados a un fichero responsabilidad de la ESCUELA DE FUTBOL CONCEPCION y sean tratados con la finalidad de mantener y desarrollar la relación contractual. Así mismo declaro haber sido informado sobre la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, cancelación y oposición, dirigiéndome por escrito a la Escuela.