

**SOLICITUDE DE LICENZA  
FEDERATIVA**

Tempada: \_\_\_\_ / \_\_\_\_



MODALIDADES DEPORTIVAS	
Data de solicitude:	
CLUB:	

FUNCIÓN	
<input type="checkbox"/> DEPORTISTA	<input type="checkbox"/> MÉDICO
<input type="checkbox"/> TÉCNICO / ENTREADOR	<input type="checkbox"/> ARBITRO / XUIZ
<input type="checkbox"/> AUXILIAR	<input type="checkbox"/> FEDERATIVO
<input type="checkbox"/> FISIOTERAPEUTA	<input type="checkbox"/> OUTROS ( CITAR).....

D.N.I./ PASAPORTE: _____	
APELLIDOS: _____	
NOME: _____	
Data de Nacemento:	Sexo:
Lugar de Nacemento:	Nacionalidade:
e-mail:	Fed. Territorial: GALICIA
Enderezo da residencia principal: Av., Pr., R/ _____	
C.P. _____ Poboación _____ Provincia: _____	
Teléfono fixo: _____ Teléfono móbil: _____	
Lugar e país da residencia principal precedente (só no caso de que se cambiara no último ano):	
Datos do Tutor/Pai/Nai no caso de ser menor de idade:	
Tipo de Discapacidade:	
Usuario de cadeira de rodas ; <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON	

DOCUMENTOS QUE SE ACHEGAN Á PRESENTE SOLICITUDE DE LICENZA
<input type="checkbox"/> FOTOCOPIA DNI/ PASAPORTE (obligatorio para a tramitación de novas licenzas)
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO MÉDICO DEPORTIVO (obligatorio para a tramitación de licenza de deportistas)
<input type="checkbox"/> FICHA DE CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEPORTIVA
<input type="checkbox"/> FICHA MÉDICA FEDDF
<input type="checkbox"/> INFORMES MÉDICOS DISCAPACIDADE
<input type="checkbox"/> OUTROS: CITAR.....

FIRMA DO SOLICITANTE OU TITOR

en a de de