|  |
| --- |
| **FORMULARIO I. Solicitud de Licencia Federativa**  |

*Foto*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº Licencia:** | **Fecha solicitud:** |

|  |
| --- |
| Federación Insular: |
| **Club** o Entidad Federativa: |
| Categoría Club:  |

|  |
| --- |
| **Estamento:** *(marcar con una X e indicar categoría, clasificación, estamento)* |
| Luchador | Mandador | Directivo | Árbitro | Federativo |
| Categoría: | Categoría: | Cargo: | Clasificación: | Cargo: |
| Clasificación: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre: | Primer Apellido: | Segundo Apellido: |
| Fecha nacimiento: | Nacionalidad: | DNI nº:  |
| Domicilio: |
| Localidad: | Municipio: | Código postal: |
| Teléfono: | Móvil: | Fax: |
| Email: |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma y selloEl Secretario del Club o Entidad Federativa | FirmaEl Interesado\* |
| **MENORES DE EDAD**Firma del padre, madre o representante legal autorizando para la practica de la Lucha Canaria y declarando conocer la normativa en vigor. | MENORES DE EDADFirma del padre, madre o representante legal autorizando para la practica de la Lucha Canaria en encuentros de categoría superior, declarando conocer la normativa en vigor. |

\*Autorizo que mis datos sean utilizados exclusivamente para uso de la Federación de Lucha Canaria y sus actividades. Asimismo doy mi conformidad mediante la firma de este documento para que me sean notificadas mediante web oficial de la FLC o email del club, las sanciones recogidas en la normativa disciplinaria y comunicados, notificaciones o convocatorias oficiales..

**RECONOCIMIENTO MÉDICO**

Don/Doña \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como médico colegiado número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CERTIFICO:

Que en el reconocimieto médico realizado, en cumplimiento de la normativa de la Federación de Lucha Canaria, no se detecta factor de riesgo que contraindique la práctica deportiva de la Lucha Canaria, en el deportista que se relaciona a continuación:

|  |  |
| --- | --- |
| Don/Doña: | DNI: |
| Edad: | Peso: | Altura: |

Y para que así conste, a los efectos oportunos, firmo el presente certificado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

NOTA: La presente solicitud deberá venir acompañada de copia del DNI del solicitante y del representante en caso de menores de edad.