



Federación Madrileña de Balonmano

# AUTORIZACION CATEGORIA SUPERIOR LICENCIA DE DEPORTISTAS TEMPORADA 2024/2025

<b>NOMBRE y APELLIDOS</b>		<b>GENERO</b>		<b>DNI</b>	
<b>EMAIL</b>					
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>CATEGORIA DEPORTISTAS</b>			

## AUTORIZACIÓN MÉDICA A CATEGORÍA SUPERIOR

<b>Dr./Dra.:</b> _____	<b>SELLO, FECHA y FIRMA</b>
<b>Nº colegiado/a:</b> _____	

### CERTIFICA

haber reconocido a la persona arriba indicada y no apreciar ningún inconveniente para autorizar a la persona arriba indicada a participar con el equipo de categoría superior del club con el que tiene licencia durante la temporada

## AUTORIZACIÓN PATERNA/MATERNA A CATEGORÍA SUPERIOR

<b>Menores de 18 años</b>	<b>FECHA y FIRMA</b>
<b>D./Dña.:</b>	
<b>D. N. I.:</b>	
<b>Relación de parentesco (PADRE/MADRE/TUTOR):</b>	

### AUTORIZA

autorizo a participar con el equipo de categoría superior del club con el que tiene licencia durante la temporada.