



Federación Madrileña de Balonmano

AUTORIZACION CATEGORIA SUPERIOR LICENCIA DE DEPORTISTAS TEMPORADA 2025/2026

NOMBRE y APELLIDOS		GENERO		DNI	
EMAIL					
FECHA DE NACIMIENTO		CATEGORIA DEPORTISTAS			

AUTORIZACIÓN MÉDICA A CATEGORÍA SUPERIOR

Dr./Dra.: _____

Nº colegiado/a: _____

SELLO, FECHA y FIRMA

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

Menores de 18 años

D./Dña.:

D. N. I.:

Relación de parentesco (PADRE/MADRE/TUTOR):

FECHA y FIRMA

AUTORIZA

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