



Club Deportivo Atlético Americano
Formato de Autorización para jugadores a prueba

Datos Personales

Nombre y Apellidos							
Teléfonos (Fijo y Celular)							
Correo electrónico							
Fecha de Nacimiento	Día		Mes		Año		
Edad		No. Tarjeta Identidad		Comet			
Lugar de Nacimiento							

Datos Deportivos

Perfil	Derecho		Izquierdo		Talla		Peso	
Vo Bo Fisioterapia								

Recomendado por	
-----------------	--

Es Jugador Libre	Si		No		Institución Inscrito	
------------------	----	--	----	--	----------------------	--

Autorización de Padres, tutores o acudientes

Yo _____ identificado con C.C. No. _____
Padre / Madre / Apoderado / Acudiente del menor _____ autorizo
que mi hijo, menor de edad pueda participar del proceso de evaluación en el Club Deportivo Atlético Americano declaro bajo juramento que todos los datos señalados en esta ficha son reales y para la práctica de fútbol asumo toda responsabilidad por cualquier imprevisto o lesión que pudiera contraer en las pruebas de evaluación deportiva del Club.

Firma Padre/Madre/Acudiente del menor

Firma Deportista

Espacio de uso del club

Nombre de quien autoriza la prueba					Firma	
Fecha que se presenta la prueba	Día		Mes		Año	
Formador que lo recibe para la prueba						

Contacto:

Email: contacto@atleticoamericano.com

Móvil: 321 847 0839

www.atleticoamericano.com