



SOLICITUD DE PRUEBAS DEPORTIVAS

CLUB ATLÉTICO LEONES DE CASTILLA

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____ DNI: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELEFONO: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____

CLUB ACTUAL: _____

POSICIÓN EN EL CAMPO: _____

PIÉ QUE DOMINA: _____

Si nos indicas tu dirección de correo electrónico, mediante el mismo te enviaremos el día, hora y lugar en el que debes presentarte para realizar los entrenamientos de prueba.

Por la presente solicitud, comunico mi deseo de efectuar las pruebas deportivas que consideren oportunas los técnicos del Club Atlético Leones de Castilla, en orden a mi posible incorporación a uno de sus equipos. Asimismo me doy por enterado de que, al no disponer de licencia federativa en vigor con este club, la Mutualidad de Futbolistas no cubre posibles lesiones o accidentes durante las mismas, por lo que eximo expresamente de responsabilidad al Club Atlético Leones de Castilla en caso de que se produzcan.

Firma del Padre o Madre

Firma del Jugador