



## 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 número de teléfono o 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. Así mismo 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