



Asociación Deportiva de Tiro con Arco

<http://archerycrc.org/>

Fecha

SOLICITUD DE INGRESO

Asociado

DATOS GENERALES	
NOMBRE COMPLETO:	NACIONALIDAD:
TELEFONOS:	OFICINA: CASA: CELULAR:
Correo electrónico:	Nº de identificación:
Dirección exacta:	Fecha de Nacimiento: Día: / Mes: / Año:
Profesión u oficio:	Estado civil:
En caso de emergencia avisar a:	Tel:
¿Padece de alguna enfermedad que requiera medicamentos o atención especial? Indique:	
Declaro que no padezco de ninguna enfermedad, ni tengo restricción medica alguna que me impida practicar el tiro con arco.	

DATOS DEPORTIVOS							
División:	Recurvo:		Compuesto:		Otro:		
Clase (por límite de edades) Marque con una X	Alevín: 12		Cadete: 17		Senior: 50		
	Infantil: 14		Juvenil: 20		Veterano :		
* Si tiene hijos(as) menores de edad interesados(as) en practicar este deporte, estos deben llenar una fórmula adicional y suministrar la información que se solicita en la siguiente fila.							
Soy menor de 18 años: El nombre de mi padre/madre es:							
Declaro conocer, entender y acatar los estatutos, reglamentos, directrices y medidas de seguridad establecidos por la Asociación, para la práctica del tiro con arco.							
Firma del solicitante:							
Si es menor de edad: Firma del padre/madre:							
PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA DIRECTIVA							
APROBADO EN SESIÓN NÚMERO:				FECHA DE LA SESIÓN:			
Presidente :				Secretario:			