



TEMPORADA 2017/18

SOLICITUD DE LICENCIA DE \_\_\_\_\_

DATOS DEL CLUB	CATEGORÍA:
	CLUB: BALONCESTO CUELLAR
	EQUIPO: EUFÓN CUÉLLAR

DATOS DEL TITULAR	APELLIDOS:	
	NOMBRE:	DNI ó LICENCIA:
	FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO:
	POBLACIÓN:	
	CÓDIGO:	TELÉFONO:

Firma del padre, madre, o tutor si el titular es menor de edad, autorizando la solicitud de licencia y aceptando todos los datos y autorizaciones que constan.

Firma del solicitante

DNI

**Esta licencia acredita la vinculación que existe en el Club y el titular, de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento General de la Federación de Baloncesto de Castilla y León.**

Los datos de carácter personal facilitados serán incluidos en un fichero, del cual es responsable la Federación de Baloncesto de Castilla y León (FBCyL). Caso de que el interesado sea menor de edad es precisa la firma autorizada de su padre/madre o tutor que asume al hacerlo la responsabilidad de haber informado y obtenido la autorización del otro titular de la patria potestad. La finalidad de esta recogida de datos es la de gestionar competiciones y actividades de baloncesto en las que el interesado participe y otras actividades relacionadas. Sus datos identificativos podrán ser comunicados a otras instituciones relacionadas con esta y otras actividades de la FBCyL en las que usted participe, siempre que dicha cesión resulte necesaria para el desarrollo de las mismas. El interesado autoriza también al uso de su imagen para la difusión de las actividades de la federación en la página Web [www.basketcyl.com](http://www.basketcyl.com), en la revista REBOTE, así como en otras publicaciones y material formativo coordinados por la FBCyL, siendo dichas imágenes tomadas exclusivamente durante el desarrollo de los eventos relacionados con el baloncesto a los que usted asista. En caso de no otorgar su consentimiento para los tratamientos de datos antes mencionados, no podrá participar en los eventos deportivos asociados. Podrá ejercer sus derechos dirigiéndose por carta a la Federación de Baloncesto de Castilla y León sita en Pasaje de la Marquesina 7, 47004-Valladolid, indicando en la comunicación "Atención derechos LOPD" adjuntando fotocopia de su DNI

El abajo firmante, Médico Colegiado con Número \_\_\_\_\_ CERTIFICA haber reconocido al jugador solicitante, y lo declara APTO para jugar al Baloncesto tanto por un equipo de edad correspondiente a la presente solicitud como para un equipo de edad inmediata superior a la misma solicitud.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Médico \_\_\_\_\_