



**CLUB ATLÉTICO BUCARAMANGA S.A.
DIVISIONES MENORES
CONVOCATORIA 2018**

FORMULARIO DE
REGISTRO

**FORMULARIO DE REGISTRO
JUGADOR MENOR DE EDAD PARTICIPANTE EN PRUEBA FÍSICA DE INGRESO A ESCUELA
DE FÚTBOL.**

INFORMACIÓN DEL MENOR

(Favor diligenciar completamente)

Nombre completo del jugador: _____
Lugar y fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Documento de identidad: _____ Talla: _____ Estatura: _____
Teléfono/Celular: _____ E.P.S.: _____
Atendido en urgencias en: _____ Diestro ___ Zurdo ___ Ambidiestro ___
Acudiente: _____ Celular: _____
Email: _____ Teléfono o celular alternativo: _____

Posición de campo a la que aspira:

Defensa: ___ Lateral: ___ Volante: ___ Delantero: ___ Central: ___ Arquero: ___
Extremo: ___

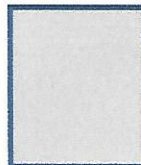
Firma del Jugador

PARA SER DILIGENCIADO Y FIRMADO POR EL ACUDIENTE

Yo, _____ identificado (a) con C.C. _____
Expedida en: _____ como padre (madre o acudiente autorizado) del menor y a
voluntad personal deseo que el menor inscrito participe en las pruebas físicas de las convocatorias
para las DIVISIONES MENORES DEL CLUB ATLÉTICO BUCARAMANGA comprometiéndome a
cumplir plenamente con los requisitos y reglamentos establecidos.
Así mismo exonero al Club Atlético Bucaramanga y/o a sus Divisiones Menores de toda
responsabilidad civil, laboral, contractual o extracontractual de cualquier tipo, de igual modo
manifiesto libre y voluntariamente que toda LESIÓN deportiva causada en el entrenamiento correrá
por mi cuenta y de la EPS o entidad a la cual este afiliado.

Este documento se firma a los ___ días del mes de _____ del 2018.

Firma y Huella del padre
O acudiente.



ACEPTO Y Declaro que los datos entregados son reales y verificables, de manera expresa autorizo a las DIVISIONES MENORES DEL CLUB ATLÉTICO BUCARAMANGA S.A.S. el envío de información al correo electrónico y llamadas al número registrado. La información será tratada de acuerdo a la ley 1581 de 2012.