



FOTO DEL ATLETA

## REGISTRO DE PROFESOR

Nº registro:

NOMBRE Y APELLIDOS:			
SEXO:	FECHA DE NACIMIENTO:	DNI/NIE/PASAPORTE	CINTURÓN:
EQUIPO:		PROFESOR:	
DIRECCIÓN:			
CIUDAD:	C.P:	PROVINCIA:	
PAÍS:	TELÉFONO:	E-MAIL:	
<b>SOLICITUD DE REGISTRO DE PROFESOR:</b>			
<p>Yo _____, solicito a la AEJJB, mi registro, declarando estar apto física y mentalmente, para participar en las competiciones de Jiu-jitsu Brasileño (B.J.J). Aceptando, durante las competiciones, la atención médica otorgada por los organizadores y entiendo que accidentes pueden ocurrir en estos eventos, accidentes que pueden causar discapacidad o incluso la muerte, dejando exentos los organizadores, de cualquier responsabilidad por accidentes que puedan ocurrir. Autorizo, el uso de mi imagen en cualquier medio que lo divulgue.</p>			
Firma del Atleta:		Fecha: ____/____/____	
<b>RENUNCIA VOLUNTARIA DEL SEGURO (solamente para solicitudes de registros sin seguro)</b>			
<p>Yo _____, por medio de la presente, vengo formalizar mi renuncia voluntaria del seguro de accidentes deportivo ofrecido por la AEJJB, por ya tener mi seguro médico privado contratado.</p>			
Firma del Atleta:		Fecha: ____/____/____	
Firma del atleta:		fecha:	

- Para tramitar su registro como profesor deberá enviar junto con esa ficha rellena con su foto escaneada, una foto copia de su DNI, NIE o pasaporte, foto copia del carnet de registro de la IBJJF (cinturón negro), foto copia del diploma de curso de arbitraje AEJJB o IBJJF y foto copia del diploma de primeros auxilios.