



RENOVACION DEL ATLETA

NÚMERO DE AFILIADO:

NOMBRE Y APELLIDOS:			
SEXO	FECHA NACIMIENTO / /	DNI / NIE / PASAPORTE	NACIONALIDAD (PAÍS DE NACIMIENTO)
EQUIPO:		PROFESOR:	
DIRECCIÓN:			
CIUDAD:	C.P.	PROVINCIA:	
PAÍS:	TELÉFONO:	E-MAIL:	

PETICIÓN PARA ATLETAS MAYORES DE EDAD

Yo _____, solicito a la AEBJJ y AEJJB, mi afiliación. Declarando estar apto. física y mentalmente, para participar en todos los eventos (torneos, competiciones, encuentros, demostraciones, etc.) de ambas asociaciones. Aceptando, durante dichos eventos, la atención médica ofrecida por el patrocinador, por la AEBJJ o AEJJB. También estoy ciente que accidentes pueden ocurrir en estos eventos, accidentes que pueden causar discapacidad o incluso la muerte, dejando exentos ambas asociaciones, de cualquier responsabilidad por accidentes que puedan ocurrir en estos eventos. Autorizo, el uso de mi imagen en cualquier medio que lo divulgue. Firma del atleta: _____ fecha: ____/____/____.

AUTORIZACIÓN PARA ATLETAS MENORES DE EDAD

Yo _____, tutor legal del menor de este registro, autorizo su afiliación a la AEBJJ y AEJJB. Declarando que el menor está apto. física y mentalmente, para participar en todos los eventos (torneos, competiciones, encuentros, demostraciones, etc.) de ambas asociaciones. Aceptando, durante dichos eventos, la atención médica ofrecida por el patrocinador, por la AEBJJ o AEJJB. También estoy ciente que accidentes pueden ocurrir en estos eventos, accidentes que pueden causar discapacidad o incluso la muerte, dejando exentos ambas asociaciones, de cualquier responsabilidad por accidentes que puedan ocurrir en estos eventos. Autorizo, el uso de la imagen del menor en cualquier medio que lo divulgue. Firma del tutor legal del atleta: _____ fecha: ____/____/____.

AUTORIZACIÓN DEL PROFESOR RESPONSABLE

Yo _____, Profesor Responsable del equipo _____ autorizo a mi alumno anteriormente mencionado en este registro, a afiliarse a la AEBJJ y AEJJB con el cinturón: _____. Firma del Profesor: _____ Fecha: ____/____/____.