

1. Datos del Solicitante

Fecha: _____

• Nombre y Apellidos: _____

• Fecha de nacimiento: _____ / _____

Cédula de Identidad: _____

• Nacionalidad: _____ / _____

Teléfono: _____

• Dirección completa: _____

• Comuna: _____ / _____

Region: _____

• Correo electrónico obligatorio: _____

Licencia		Grado
• Internacional		
• Profesional		
• Nacional		
• Recreativa		
• Por evento		
• Staff/Concurrente		
• Digital		

El grado de la Licencia Internacional es obligatorio y lo encuentra en el anexo L del CDI.

Timbre Asociación

Datos Médicos:

Nombre Médico Responsable: _____

N° Col. Médico / RUT: _____

El Médico que suscribe declara que el Sr: _____

Se encuentra:

Apto

☐

Alérgico

si

☐

no

☐

Inapto

☐

Lentes

si

☐

no

☐

Condicional

☐

Especificar _____

Sistema de previsión: Isapre

☐

Fonasa

☐

Particular

☐

(Marcar con X)

Firma y Timbre Profesional: _____

Seguro Deportivo.

Nombre

Rut

Parentesco

% Beneficio

1.

2.

Firma del solicitante: _____

En el caso de los menores de edad, debe venir firmado por los padres o tutores.

Declaro que la información que he consignado en este formulario es verdadera y entiendo que cualquier imprecisión u anomalía en la ficha, autoriza a la Comisión de Licencias para que derive a Supervigilancia, la que podrá aplicar los artículos 7º, letra d) y 9º de los Estatutos; Arts. 13 y Ss. del Reglamento Deportivo de la Federación y artículos 36 y 49 letras d) del Reglamento General de FADECH. Declaro conocer y aceptar el Reglamento Deportivo y General de FADECH y el C.D.I. de F.I.A