



C/ Pedro de Valdivia, s/n. 47195 Arroyo de la Encomienda – Valladolid –
Teléf.: 983 – 100.230 Fax: 983 – 100.233
e-mail: secretaria@fcylf.es

ANEXO

MODELO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA USO DE GAFAS ESPECIALES PARA LA PRÁCTICA DEL FÚTBOL

FECHA DE SOLICITUD: _____

Nombre :				
Apellidos :				
Fecha de nac.:	DNI :		
Domicilio :				
Tfno. contacto :	E-m@il		
Tipo de licencia :	PREBENJAMIN <input type="checkbox"/>	BENJAMIN <input type="checkbox"/>	ALEVÍN <input type="checkbox"/>	INFANTIL <input type="checkbox"/>	CADETE <input type="checkbox"/>
Club :				

SOLICITO

**SER AUTORIZADO PARA EL USO DE GAFAS ESPECIALES PARA LA PRÁCTICA DEL FÚTBOL, PARA LO CUAL
ACOMPAÑO A ESTA SOLICITUD:**

CERTIFICADO EXPEDIDO POR UN COLEGIADO ÓPTICO-OPTOMETRISTA QUE INDICA:

1.- La imposibilidad expresa del uso de lentes de contacto.

2.- El tipo de gafas que utilizará el futbolista, así como expresamente que el uso de las mismas no entraña riesgo para la integridad física del futbolista ni de otros participantes en el desarrollo de un partido de fútbol.

Asimismo como solicitante eximo a la Federación de Castilla y León de Fútbol de cualquier responsabilidad derivada del uso de las gafas especiales, así como a todas las personas físicas y/o jurídicas integradas en la Federación de Castilla y León de Fútbol y que forman parte del desarrollo de los partidos de fútbol, bien por accidente propio o causado a un tercero.

Vº Bº
(Padre, Madre o tutor)

EL SOLICITANTE

Nombre :

Nombre :

D.N.I. :

D.N.I. :