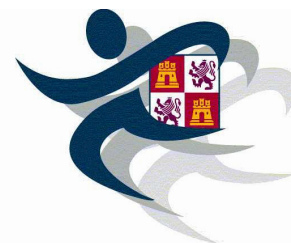




FEDERACIÓN DE ATLETISMO DE CASTILLA Y LEÓN.

Cadenas de San Gregorio, 6 Entreprl. Izda.
Teléfono 983.25.62.22 – Fax 983.26.79.87
47011 Valladolid
C.I.F.: G47076617
Correo Electrónico: info@fetacyl.org
Web: www.fetacyl.org



DEPARTAMENTO TÉCNICO

CIRCULAR 92/09

VIAJE CAMPEONATO ESPAÑA CADETE A.L. El Prat de Llobregat, 17 y 18 de octubre de 2009

Viaje: Salida **jueves 15 de octubre de 2009.**

Valladolid	23.00 h.	Módulo Cubierto de Río Esgueva
Palencia	23.30 h.	Rotonda de Carrefour
Burgos	00.30 h.	Cruz Roja

Llegada a desayunar al Hotel.

Alojamiento: Hotel Ciudad de Castelldefels***. Pasaje de la Marina, 212. Castelldefels. Barcelona
Teléfono: 93.665.19.00 Fax: 93.636.08.32

Jefe de Equipo: Sebastián Diez (649.08.11.35).

Normas económicas:

Normas económicas:

Los viajes hasta los distintos lugares de salida del autocar serán abonados sólo a los atletas que les corresponda subvención, según la circular de esta Federación.

Los clubes de los atletas que no cumplan los requisitos señalados, deberán abonar 150 euros o el 50% de esta cantidad, según normativa en vigor (Circular 38/09, págs. 36 y 37).

Los atletas con licencia por un club ajeno a Castilla y León ó independientes, deberán abonar previamente el costo de la estancia (150 €) ó efectuar este abono al Delegado de la Federación .

Para efectuar el desplazamiento con la expedición de la Federación de Atletismo de Castilla y León será imprescindible presentar, antes de la subida al autocar, la correspondiente autorización, sin la cual no se podrá realizar el desplazamiento.
(La autorización se puede descargar de la web de la Federación).

Vº Bº
EL PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN DE
ATLETISMO DE CASTILLA Y LEÓN

Fdo.: Gerardo García Alaguero

Valladolid, 14 de octubre de 2009
EL DEPARTAMENTO TÉCNICO



FEDERACIÓN DE ATLETISMO DE CASTILLA Y LEÓN.

Cadenas de San Gregorio, 6 Entrep. Izda.
Teléfono 983.25.62.22 – Fax 983.26.79.87
47011 Valladolid
C.I.F.: G47076617
Correo Electrónico: info@fetacyl.org
Web: www.fetacyl.org



AUTORIZACIÓN E INFORMACIÓN MÉDICA

NORMAS DE OBLIGADA ACEPTACIÓN PARA LOS DESPLAZAMIENTOS DE LAS SELECCIONES DE CASTILLA Y LEÓN A CAMPEONATOS DE ESPAÑA INDIVIDUALES

1. Todos los atletas que viajen con la expedición de la Federación de Atletismo de Castilla y León, estarán sujetos a la normativa que determinen los Responsables de la expedición en cuanto a horarios y salidas del Hotel.
2. Solamente los padres/madres/tutores de los atletas menores de edad pueden permitir variaciones a esos horarios, en lo que no esté relacionado con la competición, siempre y cuando se hagan responsables mediante la firma del correspondiente permiso.
3. La Federación de Atletismo de Castilla y León no se hace responsable ante el incumplimiento de las normas establecidas.

ENTERADO EL ATLETA

Firma:

=====

D./D^a _____ D.N.I. n° _____, como padre/madre/tutor responsable del atleta menor de edad _____, con domicilio en la calle _____ n° ____, piso ____, letra ____, teléfono _____, móvil de contacto: _____, conociendo las condiciones de la actividad,

AUTORIZO:

Para que participe en el desplazamiento al **Campeonato de España Cadete** que se celebra en El Prat de Llobregat (Barcelona) del **16 al 18 de octubre 2009**.

También asumo la responsabilidad de cualquier acto, incidencia o accidente en que pudiera estar implicado mi hijo/a durante dicha actividad, y acepto que, si la falta de disciplina lo requiere, en cualquier momento sea enviado a su domicilio.

Esta actividad se desarrolla según las normas específicas contempladas en la adjunta circular informativa, y las normas generales para concentraciones de la Federación de Atletismo de Castilla y León.

INFORMACIÓN MÉDICA:

Antecedentes médicos (alergias, afecciones crónicas, etc.) (1):

Otros datos a conocer por los responsables de la actividad:

(1) : Adjuntar informe médico, si fuera preciso.

En caso de no hacer constar ningún dato médico, se entiende que el padre/madre/tutor desconoce las posibles alteraciones en la salud del atleta de referencia.

La firma de la presente solicitud autoriza también de forma expresa a los responsables de la actividad a realizar las gestiones oportunas en caso de tratamiento médico, eventual hospitalización y cualquier otro procedimiento necesario, así como realizar reconocimiento médico, a través del facultativo designado para esa concentración.

_____, ____ de _____ de 2009

AUTORIZACIÓN PADRE/MADRE/TUTOR

Firma: