



FEDERACIÓN DE ATLETISMO DE CASTILLA Y LEÓN.

Cadenas de San Gregorio, 6 Entrepr. 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 94/2009

**AULA ACTIVA DE SALTO CON PÉRTIGA
Valladolid, 31 de octubre al 2 de noviembre de 2009.**

Invitado especial: Jon Karla Lizeaga.

- Lugar** : Instalaciones Deportivas C.P.T.D. Río Esgueva.
- Alojamiento** : Hotel Ruta del Duero, Avda. Los Álamos, s/nº. La Cistérniga, Valladolid. Tlf: 983.403.101
- Programa** : Incorporación : **Sábado, 31 de octubre**. Módulo Río Esgueva, 10.40 h.
Entrenamiento 11.00 horas.
Final : **Lunes, 2 de noviembre**. 13.30 h. Módulo.
- Responsable** : **Jon Karla Lizeaga**
- Entrenador de Naroa Agirre.
- Atletas invitados** :
- | | | |
|-----------------|----|-----------------------|
| Ásahel A. Rosa | 92 | Triathlon Soriano |
| Eizan Fernández | 92 | Triathlon Soriano |
| Victor Crespo | 91 | C. de León Sprint At. |
| Pablo Machín | 92 | C. de León Sprint At |
| Coral Sevillano | 91 | CAS-C. Segovia |
| Marina Ribas | 93 | C. de León Sprint At. |
| Miriam Barranco | 92 | Triathlon Soriano |
| Sara Gago | 93 | Capiscol |
| Susana Alvarez | 93 | C. de León Sprint At. |
| Henar Robla | 95 | C. de León Sprint At |
- También quedan invitados los entrenadores personales de los atletas relacionados.
- Confirmación** : Los atletas relacionados y sus entrenadores personales que deseen asistir deberán confirmar su participación antes de las 18.30 horas del lunes 26 de octubre llamando a esta Federación, teléfono 983.25.62.22, de 09.00 a 14 y de 16 a 18.30 horas.



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



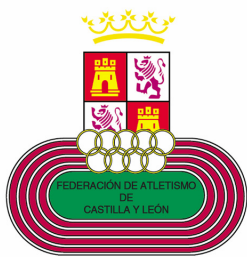
Documentación

: Tarjeta de la Seguridad Social ó similar.
D.N.I. original.
Fotocopia de la Licencia Federada o de “Deporte en Edad “.
Autorización adjunta (menores de 18 años).
Todos aquellos atletas que tengan la camiseta verde del C.T.A.
entregada anteriormente, deberán llevarla.

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

Fdo.: Gerardo García Alaguero

Valladolid, 19 de octubre de 2009
EL DEPARTAMENTO TÉCNICO



FEDERACIÓN DE ATLETISMO DE CASTILLA Y LEÓN.

Cadenas de San Gregorio, 6 Entrepr. 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

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

AUTORIZO:

Para que asista al **Aula Activa de Salto con Pértiga** que se celebra en **Valladolid**, del **31 de octubre al 2 de noviembre 2009**.

Asimismo, le autoriza a salir del recinto de la instalación en los descansos previstos.

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 devuelto 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

FIRMA: