



FEDERACION CANARIA DE BALONMANO

COMITÉ TERRITORIAL DE ACTIVIDADES

SOLICITUD DE TRAMITACIÓN DE LICENCIAS

Nombre del Club _____
Domicilio Social _____ (Calle, Nº, Piso) _____ (Población) _____ C.P. _____
Teléfono _____ Fax _____ E-mail _____

Nombre del Equipo _____
Categoría _____ (, Primera Territorial, Senior, Junior, etc.)
Masculina <input type="checkbox"/>
Femenina <input type="checkbox"/>
Federación/Delegación Insular a la que pertenece GRAN CANARIA _____
Nº LICENCIAS A TRAMITAR <input type="text"/> <input type="text"/> Jugadores (as) Oficiales

En _____ a _____ de _____ de _____
(Firma y Sello)

Fecha Entrada F/D.I.BM.
Fecha Entrada F.C.BM.

Fdo.: _____
(Nombre y Apellidos)

(Cargo en el Club)

(D.N.I.)

