



Federación Balonmano  
Comunitat Valenciana

# AUTORIZACIÓN PATERNA para jugar en CATEGORÍA SUPERIOR,

## Temporada 2019-20



Federación Balonmano  
Comunitat Valenciana

CLUB solicitante	
------------------	--

Don/Doña \_\_\_\_\_

, con número de D.N.I. \_\_\_\_\_ , como Padre/Madre/Tutor/Tutora

(poner una X en la casilla que proceda)

Padre	Madre	Tutor	Tutora

del jugador/a \_\_\_\_\_

, con número de D.N.I. \_\_\_\_\_ y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

, AUTORIZO a que mi hijo/a, de categoría (poner una X en la casilla que proceda),

BENJAMÍN	ALEVÍN	INFANTIL	CADETE	JUVENIL

, pueda disputar partidos con el equipo de categoría superior a la que por su edad le corresponde (poner una X en la casilla que proceda),

ALEVÍN	INFANTIL		CADETE		JUVENIL		SENIOR
	AUT.	PREF.	AUT.	PREF.	1ª Aut.	2ª Aut.	

con el/los equipo/s de categoría/s (poner una X en la casilla que proceda) (sólo para jugadores/as JUVENILES)

SENIOR Femeninas				SENIOR Masculinas				
1ª Aut.	1ª Nac.	D.H.P.	D.H.	1ª Aut.	2ª Nac.	1ª Nac.	D.H.P.	ASOBAL

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Firma del  
representante del  
Club y número: \_\_\_\_\_

D.N.I. del  
representante  
del Club \_\_\_\_\_

Firma del  
PADRE/MADRE/TUTOR/TUTORA \_\_\_\_\_