



FEDERACIÓN DE VOLEIBOL DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA
C/ Profesor Beltrán Báuena, nº 4 Despacho 312-A2 - 46009Valencia
Tel. 963918760 Fax: 963919465 fvbcv@fvbcv.com
C/Córdoba, 8 - 1ª Dcha - 03005 Alicante
Tel. 965227221 - fvbcv@fvbcv.com
www.fvbcv.com

Autorización Paterna

Solicitud Licencia Menores de edad

DATOS DEL MENOR	
Nombre:	_____ Apellidos: _____
Fecha Nacimiento:	___ / ___ / ___ Lugar de Nacimiento: _____ DNI/Pasaporte: _____
Domicilio:	_____
Localidad:	_____ C.P.: _____
Teléfono:	_____ e-mail: _____

DATOS DE EL/LA TUTOR/A LEGAL QUE AUTORIZA AL CLUB A SOLICITAR LA LICENCIA	
Nombre:	_____ Apellidos: _____
DNI/Pasaporte:	_____ Domicilio: _____
Localidad:	_____ C.P.: _____
Teléfono:	_____ e-mail: _____

AUTORIZACIÓN PATERNA	
D./D ^a _____, con DNI/pasaporte en vigor número _____, en mi condición de padre/madre/tutor/tutora AUTORIZO AL CLUB _____	
A solicitar a la Federación de Voleibol de la Comunidad Valenciana la tramitación de la licencia deportiva para la Temporada ____ / ____	
de:	JUGADOR/A. <input type="checkbox"/> ENTRENADOR/A <input type="checkbox"/>
La firma del presente documento supone el conocimiento de la Normativa en cuanto a la Tramitación de licencias deportivas establecido por la Federación de Voleibol de la Comunidad Valenciana.	
En....., a de de 202__	
Firmado por:	

Este documento debidamente relleno, debe subirse por el club a la APP de la Federación en el apartado "ADJUNTAR ARCHIVOS". Será imprescindible para autorizar la tramitación de la Licencia deportiva de cualquier persona menor de edad.