Buenos Aires, de de 20 .-

Señora Presidenta de la

Asociación Femenina Metropolitana

De Basquetbol.

S/D

DECLARACIÓN JURADA DE SOBRE APTITUD MÉDICA, JUGADORAS MAYORES DE 13 AÑOS.

Tenemos el agrado de dirigirnos a Usted, en nuestro carácter de y de la afiliada , a efectos de remitirle declaración jurada de aptitud médica de las jugadoras que a continuación se detalla, quienes se encuentran inscriptas para disputar los torneos organizados por la Federación correspondientes al año .

Dejamos expresa constancia que las citadas jugadoras han presentado a nuestro Institución la totalidad de la documentación que acredita su aptitud médica para la práctica del básquetbol federado, acorde a la edad de cada jugadora, declarando bajo juramento poseer toda la documentación que así lo acredita, la que podrá ser solicitada por la Federación en cualquier momento del torneo.

Asimismo, reconocemos que ante cualquier inconveniente sobre la documentación, la jugadora será suspendida preventivamente hasta tanto se efectúe la acreditación y/o subsanación de dichos inconvenientes, aplicándose al respecto las Reglas Generales vigentes para el torneo cuya inscripción se hubiere efectuado.

A continuación detallamos datos de jugadora (nombre completo, DNI, fecha de nacimiento y Licencia) a los fines de su registración:

CATEGORIA U13

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE | APELLIDO | DNI | FECHA DE NAC | LICENCIA | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Los firmantes declaran que las jugadoras se encuentran aseguradas por parte de la FEDERACION DE BASQUET AREA METROPOLITANA BUENOS AIRES, conforme póliza colectiva de accidentes personales número , con entrada en vigencia el día .-------------------------------------------------

Ante cualquier divergencia se somete a la jurisdicción de los tribunales nacionales del fuero Civil, renunciando a cualquier otro fuero que pudiera corresponder y constituye domicilio en el constituido precedentemente donde serán válidas las notificaciones judiciales o extrajudiciales.

Sin otro particular, Saludamos atentamente.

Firma y sello representantes legales de la Institución.

Buenos Aires, de de 20 .-

Señora Presidenta de la

Asociación Femenina Metropolitana

De Basquetbol.

S/D

DECLARACIÓN JURADA DE SOBRE APTITUD MÉDICA, JUGADORAS MAYORES DE 13 AÑOS.

Tenemos el agrado de dirigirnos a Usted, en nuestro carácter de y de la afiliada , a efectos de remitirle declaración jurada de aptitud médica de las jugadoras que a continuación se detalla, quienes se encuentran inscriptas para disputar los torneos organizados por la Federación correspondientes al año .

Dejamos expresa constancia que las citadas jugadoras han presentado a nuestro Institución la totalidad de la documentación que acredita su aptitud médica para la práctica del básquetbol federada, acorde a la edad de cada jugadora, declarando bajo juramento poseer toda la documentación que así lo acredita, la que podrá ser solicitada por la Federación en cualquier momento del torneo.

Asimismo, reconocemos que ante cualquier inconveniente sobre la documentación, la jugadora será suspendida preventivamente hasta tanto se efectúe la acreditación y/o subsanación de dichos inconvenientes, aplicándose al respecto las Reglas Generales vigentes para el torneo cuya inscripción se hubiere efectuado.

A continuación detallamos datos de jugadora (nombre completo, DNI, fecha de nacimiento y Licencia) a los fines de su registración:

CATEGORIA U15

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE | APELLIDO | DNI | FECHA DE NAC | LICENCIA | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Los firmantes declaran que las jugadoras se encuentran aseguradas por parte de la FEDERACION DE BASQUET AREA METROPOLITANA BUENOS AIRES, conforme póliza colectiva de accidentes personales número , con entrada en vigencia el día .-------------------------------------------------

Ante cualquier divergencia se somete a la jurisdicción de los tribunales nacionales del fuero Civil, renunciando a cualquier otro fuero que pudiera corresponder y constituye domicilio en el constituido precedentemente donde serán válidas las notificaciones judiciales o extrajudiciales.

Sin otro particular, Saludamos atentamente.

Firma y sello representantes legales de la Institución.

Buenos Aires, de de 20 .-

Señora Presidenta de la

Asociación Femenina Metropolitana

De Basquetbol.

S/D

DECLARACIÓN JURADA DE SOBRE APTITUD MÉDICA, JUGADORAS MAYORES DE 13 AÑOS.

Tenemos el agrado de dirigirnos a Usted, en nuestro carácter de y de la afiliada , a efectos de remitirle declaración jurada de aptitud médica de las jugadoras que a continuación se detalla, quienes se encuentran inscriptas para disputar los torneos organizados por la Federación correspondientes al año .

Dejamos expresa constancia que las citadas jugadoras han presentado a nuestro Institución la totalidad de la documentación que acredita su aptitud médica para la práctica del básquetbol federada, acorde a la edad de cada jugadora, declarando bajo juramento poseer toda la documentación que así lo acredita, la que podrá ser solicitada por la Federación en cualquier momento del torneo.

Asimismo, reconocemos que ante cualquier inconveniente sobre la documentación, la jugadora será suspendida preventivamente hasta tanto se efectúe la acreditación y/o subsanación de dichos inconvenientes, aplicándose al respecto las Reglas Generales vigentes para el torneo cuya inscripción se hubiere efectuado.

A continuación detallamos datos de jugadora (nombre completo, DNI, fecha de nacimiento y Licencia) a los fines de su registración:

CATEGORIA U17

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE | APELLIDO | DNI | FECHA DE NAC | LICENCIA | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Los firmantes declaran que las jugadoras se encuentran aseguradas por parte de la FEDERACION DE BASQUET AREA METROPOLITANA BUENOS AIRES, conforme póliza colectiva de accidentes personales número , con entrada en vigencia el día .-------------------------------------------------

Ante cualquier divergencia se somete a la jurisdicción de los tribunales nacionales del fuero Civil, renunciando a cualquier otro fuero que pudiera corresponder y constituye domicilio en el constituido precedentemente donde serán válidas las notificaciones judiciales o extrajudiciales.

Sin otro particular, Saludamos atentamente.

Firma y sello representantes legales de la Institución.

Buenos Aires, de de 20 .-

Señora Presidenta de la

Asociación Femenina Metropolitana

De Basquetbol.

S/D

DECLARACIÓN JURADA DE SOBRE APTITUD MÉDICA, JUGADORAS MAYORES DE 13 AÑOS.

Tenemos el agrado de dirigirnos a Usted, en nuestro carácter de y de la afiliada , a efectos de remitirle declaración jurada de aptitud médica de las jugadoras que a continuación se detalla, quienes se encuentran inscriptas para disputar los torneos organizados por la Federación correspondientes al año .

Dejamos expresa constancia que las citadas jugadoras han presentado a nuestro Institución la totalidad de la documentación que acredita su aptitud médica para la práctica del básquetbol federada, acorde a la edad de cada jugadora, declarando bajo juramento poseer toda la documentación que así lo acredita, la que podrá ser solicitada por la Federación en cualquier momento del torneo.

Asimismo, reconocemos que ante cualquier inconveniente sobre la documentación, la jugadora será suspendida preventivamente hasta tanto se efectúe la acreditación y/o subsanación de dichos inconvenientes, aplicándose al respecto las Reglas Generales vigentes para el torneo cuya inscripción se hubiere efectuado.

A continuación detallamos datos de jugadora (nombre completo, DNI, fecha de nacimiento y Licencia) a los fines de su registración:

CATEGORIA U19

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE | APELLIDO | DNI | FECHA DE NAC | LICENCIA | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Los firmantes declaran que las jugadoras se encuentran aseguradas por parte de la FEDERACION DE BASQUET AREA METROPOLITANA BUENOS AIRES, conforme póliza colectiva de accidentes personales número , con entrada en vigencia el día .-------------------------------------------------

Ante cualquier divergencia se somete a la jurisdicción de los tribunales nacionales del fuero Civil, renunciando a cualquier otro fuero que pudiera corresponder y constituye domicilio en el constituido precedentemente donde serán válidas las notificaciones judiciales o extrajudiciales.

Sin otro particular, Saludamos atentamente.

Firma y sello representantes legales de la Institución.

Buenos Aires, de de 20 .-

Señora Presidenta de la

Asociación Femenina Metropolitana

De Basquetbol.

S/D

DECLARACIÓN JURADA DE SOBRE APTITUD MÉDICA, JUGADORAS MAYORES DE 13 AÑOS.

Tenemos el agrado de dirigirnos a Usted, en nuestro carácter de y de la afiliada , a efectos de remitirle declaración jurada de aptitud médica de las jugadoras que a continuación se detalla, quienes se encuentran inscriptas para disputar los torneos organizados por la Federación correspondientes al año .

Dejamos expresa constancia que las citadas jugadoras han presentado a nuestro Institución la totalidad de la documentación que acredita su aptitud médica para la práctica del básquetbol federada, acorde a la edad de cada jugadora, declarando bajo juramento poseer toda la documentación que así lo acredita, la que podrá ser solicitada por la Federación en cualquier momento del torneo.

Asimismo, reconocemos que ante cualquier inconveniente sobre la documentación, la jugadora será suspendida preventivamente hasta tanto se efectúe la acreditación y/o subsanación de dichos inconvenientes, aplicándose al respecto las Reglas Generales vigentes para el torneo cuya inscripción se hubiere efectuado.

A continuación detallamos datos de jugadora (nombre completo, DNI, fecha de nacimiento y Licencia) a los fines de su registración:

CATEGORIA SUPERIOR

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE | APELLIDO | DNI | FECHA DE NAC | LICENCIA | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Los firmantes declaran que las jugadoras se encuentran aseguradas por parte de la FEDERACION DE BASQUET AREA METROPOLITANA BUENOS AIRES, conforme póliza colectiva de accidentes personales número , con entrada en vigencia el día .-------------------------------------------------

Ante cualquier divergencia se somete a la jurisdicción de los tribunales nacionales del fuero Civil, renunciando a cualquier otro fuero que pudiera corresponder y constituye domicilio en el constituido precedentemente donde serán válidas las notificaciones judiciales o extrajudiciales.

Sin otro particular, Saludamos atentamente.

Firma y sello representantes legales de la Institución.

Buenos Aires, de de 20 .-

Señora Presidenta de la

Asociación Femenina Metropolitana

De Basquetbol.

S/D

DECLARACIÓN JURADA DE SOBRE APTITUD MÉDICA, JUGADORAS MAYORES DE 13 AÑOS.

Tenemos el agrado de dirigirnos a Usted, en nuestro carácter de y de la afiliada , a efectos de remitirle declaración jurada de aptitud médica de las jugadoras que a continuación se detalla, quienes se encuentran inscriptas para disputar los torneos organizados por la Federación correspondientes al año .

Dejamos expresa constancia que las citadas jugadoras han presentado a nuestro Institución la totalidad de la documentación que acredita su aptitud médica para la práctica del básquetbol federada, acorde a la edad de cada jugadora, declarando bajo juramento poseer toda la documentación que así lo acredita, la que podrá ser solicitada por la Federación en cualquier momento del torneo.

Asimismo, reconocemos que ante cualquier inconveniente sobre la documentación, la jugadora será suspendida preventivamente hasta tanto se efectúe la acreditación y/o subsanación de dichos inconvenientes, aplicándose al respecto las Reglas Generales vigentes para el torneo cuya inscripción se hubiere efectuado.

A continuación detallamos datos de jugadora (nombre completo, DNI, fecha de nacimiento y Licencia) a los fines de su registración:

CATEGORIA MAXIBASQUET

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE | APELLIDO | DNI | FECHA DE NAC | LICENCIA | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Los firmantes declaran que las jugadoras se encuentran aseguradas por parte de la FEDERACION DE BASQUET AREA METROPOLITANA BUENOS AIRES, conforme póliza colectiva de accidentes personales número , con entrada en vigencia el día .-------------------------------------------------

Ante cualquier divergencia se somete a la jurisdicción de los tribunales nacionales del fuero Civil, renunciando a cualquier otro fuero que pudiera corresponder y constituye domicilio en el constituido precedentemente donde serán válidas las notificaciones judiciales o extrajudiciales.

Sin otro particular, Saludamos atentamente.

Firma y sello representantes legales de la Institución.