BUENOS AIRES PROVINCIA | BA

ATLETISMO

DISCAPACIDAD VISUAL

MUNICIPIO | **REGIÓN** | **MODALIDAD** LIBRE

CATEGORÍA MENORES (1999/00/01) | CADETES (1997/98) | JUVENILES (1992 a 1996)

SEXO MASCULINO / FEMENINO

N°	APELLIDO Y NOMBRES	Edad	FECHA NAC. DÍA	MES	AÑO	N° DOCUMENTO	1 1	1 2	1 3	DOMICILIO
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

PROFESOR RESPONSABLE – APELLIDO Y NOMBRES	DOCUMENTO / TELÉFONO	DIRECCIÓN / CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA

Por la mera circunstancia de suscribir la presente Lista de Buena Fe, el aspirante se obliga a respetar en todos sus términos y extensión el Reglamento General, que declara bajo juramento conocer y aceptar.
Asimismo reconoce a titulo confesional como único organismo facultado para su aplicación al Tribunal de Disciplina allí establecido, o el órgano que en futuro pudiera reemplazarlo, consintiendo expresamente lo establecido por el Artículo 28 del Reglamento, en lo concerniente a la irrecurribilidad de sus decisiones.

NOMBRE INSTITUCIÓN A LA QUE REPRESENTA | TELÉFONO

DOMICILIO DE LA INSTITUCIÓN | MUNICIPIO | FIRMA RESPONSABLE MUNICIPAL | ACLARACIÓN | SELLO MUNICIPAL

Nota: La presente planilla debe ser confeccionada a máquina o con letra tipo imprenta, consignándose la totalidad de los datos solicitados, que se consideran como DECLARACION JURADA.