

1. Datos del Solicitante

Fecha: _____

• Nombre y Apellidos: _____

• Fecha de nacimiento: _____ / _____

Cédula de Identidad: _____

• Nacionalidad: _____ / _____

Teléfono: _____

• Dirección completa: _____

• Comuna: _____ / _____

Region: _____

• Correo electrónico obligatorio: _____

Licencia		Grado
• Internacional	☐	☐
• Profesional	☐	☐
• Nacional	☐	☐
• Recreativa	☐	☐
• Por evento	☐	☐
• Staff/Concurrente	☐	☐
• Digital	☐	☐

El grado de la Licencia Internacional es obligatorio y lo encuentra en el anexo L del CDI.

Club _____

Asociación _____

Datos Médicos:

Nombre Médico Responsable: _____

N° Col. Médico / RUT: _____

El Médico que suscribe declara que el Sr: _____

Se encuentra:

Apto ☐

Alérgico

si ☐no ☐Inapto ☐

Lentes

si ☐no ☐Condicional ☐

Especificar _____

Sistema de previsión: Isapre ☐Fonasa ☐Particular ☐

(Marcar con X)

Firma y Timbre Profesional: _____

Beneficiario Seguro Deportivo

Nombre

Rut

Parentesco

% Beneficio

1.

2.

MEMBER OF



Firma del solicitante: _____

En el caso de los menores de edad, debe venir firmado por los padres o tutores.

Declaro que la información que he consignado en este formulario es verdadera y entiendo que cualquier imprecisión u anomalía en la ficha, autoriza a la Comisión de Licencias para que derive a Supervigilancia, la que podrá aplicar los artículos 7°, letra d) y 9° de los Estatutos; Arts. 13 y Ss. del Reglamento Deportivo de la Federación y artículos 36 y 49 letras d) del Reglamento General de FADECH.

Declaro conocer y aceptar el Reglamento Deportivo y General de FADECH y el C.D.I de F.I.A