

TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS CON LETRA IMPRENTA Y CLARA

SOLICITUD LICENCIA DEPORTIVA 2025

DATOS PERSONALES	FECHA		RUT																					
	Nombre Completo																							
	Fecha de Nacimiento					Nacionalidad					Estado Civil													
	Domicilio Particular										Depto.					Comuna								
	Ciudad					Celular					e-mail obligatorio													
	Tipo de licencia		Grado		 <p>FADECH MEMBER OF </p>																			
Internacional																								
Profesional																								
Nacional																								
Concurrente																								
Oficial																								
Recreativa																								
Por evento																								
Digital																								
FIRMA																								
Para los menores de edad, deben firmar este formulario ambos padres																								
Club										Pase y timbre Asociación														
Categoría KARTING																								
Asociación KARTING DE CHILE																								
<p>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.</p>																								
<p>En caso de fallecimiento por causa de un accidente, declaro como beneficiario a la persona o las personas, cuyo(s) nombre(s) designo con tal carácter. Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulación expresa de lo contrario. Al dejar en blanco se entenderá como beneficiario a los herederos testamentarios.</p>																								
Apellido Paterno					Apellido Materno					Nombres					Parentesco					% Beneficio				
Nombre Medico R																								
No. Col. Medico / RUT:																								
Grupo Sanguineo Piloto (Obligatorio)																								
Firma y Timbre																								
El Médico que suscribe declara que el Sr: _____ se encuentra																								
Apto										Alergico										si		no		
inapto										Especificar														
Condicional										Especificar														
Declaro que mi sistema de previsión es:										Isapre:					Fonasa:					Particular:				
El portador de esta licencia se compromete a participar solo de eventos que cumplan la seguridad FIA expresada en el CDI.																								

DATOS PERSONALES

LICENCIA Y ASOCIACION

BENEFICIARIO SEGURO

ANTECEDENTES MEDICOS