

FICHA DE INSCRIPCION ATP 2017

CATEGORIA BASE

FECHA

APELLIDOS	..... PATERNO	..... MATERNO	<input type="text"/>				
NOMBRES	..... PRIMER	..... SEGUNDO					
FECHA DE NACIMIENTO	..... DIA - MES - AÑO						
LUGAR DE NACIMIENTO	..... CIUDAD			PAIS			
No. CEDULA / PASAPORTE	.....						
DOMICILIO	..... CALLE, No.			SECTOR			
TELEFONOS	..... DOMICILIO		CELULAR DEL JUGADOR	CLARO	MOVI	CNT	OTRO
TIPO DE SANGRE	.....						
E-MAIL DEL JUGADOR	.....						
SOCIO DEL CLUB	.....						
LUGAR DE ENTRENAMIENTO	..... TELEF.						
NOMBRE DE ENTRENADOR	..... TELEF.						
E-MAIL ENTRENADOR	.....						
LUGAR DE ESTUDIOS (COLEGIO)	.....						
NOMBRE DEL PADRE	.....						
E-MAIL	.....						
OFICINA	..... DIRECCION						
TELEFONOS OFICINA		EXT.	CELULAR	CLARO	MOVI	CNT	OTRO
NOMBRE DE LA MADRE	.....						
E-MAIL	.....						
OFICINA	..... DIRECCION						
TELEFONOS OFICINA		EXT.	CELULAR	CLARO	MOVI	CNT	OTRO

REQUISITOS PARA LA AFILIACION:

- * Ficha llena con letra legible
- * Fotografia actualizada
- * Copia clara de la cédula de identidad o partida de nacimiento
- * USD \$47.00 incluido I.V.A.

Banco Pichincha Cta. Cte. 3008509204 a nombre de ATP