|  |  |
| --- | --- |
| **Nº LICENCIA ANUAL FEDERATIVA**  | **FECHA** |
|       |       |

|  |  |
| --- | --- |
| KARATE | ☐ |
| KUNG FU | ☐ |
| **TAI JITSU** | ☐ |
| KENPO | ☐ |

|  |
| --- |
|  |



Nº

**FOTO**

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE EXAMEN ELEGIR OPCIÓN** |
|  |
| APELLIDOS | NOMBRE |
|       |       |
| FECHA NACIMIENTO | NACIONALIDAD |
| Haga clic aquí para escribir una fecha. |       |
| DOMICILIO | BLOQUE    PISO   | CÓDIGO POSTAL |
|       | ESCALERA    Nº    |       |
| SEXO |  |  |
| HOMBRE ☐ | MUJER ☐ | TELÉFONO | PESO |
| REPETIDOR |  |       |     |
| SI ☐ NO ☐ | RELACIÓN DE FECHAS Y CIUDADES DONDE SE PRESENTO CON ANTERIORIDAD |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| KATAS QUE PRESENTA:  |  |
| SUPERIORES: |       |
|       |
| BÁSICOS: |       |
|       |
| ESTILO DE KARATE QUE PRACTICA |       |

EXAMEN EN ZARAGOZA FECHA

|  |  |
| --- | --- |
| D……………………………………………………………………………SECRETARIO DE LA FEDERACIÖN, CERTIFICA QUE EL ASPIRANTE INSCRITO EN ESTE EXAMEN CUMPLE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL REGLAMENTO DEL TRIBUNAL DE GRADOS, REFERIDOS A EDAD, PLAZOS, LICENCIAS, Y AVAL.FIRMA Y SELLO |  |
|  | FIRMA DEL ASPIRANTE |
|  |  |
| CLUB | AVAL DE GRADO  | TITULACIÓN | NÚMERO |
|       | OPCIÓN | OPCIÓN |       |
| POR: |  | GRADO DAN | FIRMA |
|       |      |  |
| **AUTORIZACIÓN PATERNA/MATERNA**D/ª     con DNI     Como padre/madre/tutor, AUTORIZO a:D/ª     A realizar el examen de cinturón negro     , a celebrar el  /  /  en zaragozaY para que así conste donde proceda firmo la presente autorización.En       a  /  /  Firmado : |