



CLUB DE FÚTBOL AMÉRICA, S.A. DE C.V.
CENTRO DE FORMACIÓN
SOLICITUD DE PRUEBA FÍSICO-TÉCNICA

NOMBRE _____	FECHA DE NACIMIENTO	_____	_____	_____
		DÍA	MES	AÑO
EDAD _____				
AÑOS MESES		ESTATURA _____		
		PESO _____		
POSICIÓN QUE JUEGA _____				
TIEMPO QUE TIENE JUGANDO FÚTBOL _____				
¿ EQUIPOS DÓNDE HAS JUGADO FÚTBOL ? _____				
AMATEUR <input type="checkbox"/>		PROFESIONAL <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO PARTICULAR _____				
TELÉFONO _____		ESCOLARIDAD _____		
CORREO ELECTRONICO _____				
NOMBRE DE LA ESCUELA _____				
PERSONA QUE LO RECOMIENDA _____				
TIENE ALGUNA ENFERMEDAD O LESIÓN IMPORTANTE _____				
INFORMACIÓN IMPORTANTE				
CONFIRMO QUE AL MOMENTO DE REALIZAR LA PRUEBA FÍSICO-TÉCNICA ME PRESENTO EN BUEN ESTADO DE SALUD, SIN NINGUNA LESIÓN ANTERIOR Y ACEPTO TODA LA RESPONSABILIDAD EN CASO DE SUFRIR ALGUNA LESIÓN DURANTE ESTE TIEMPO DE PRUEBA <u>CUBRIENDO LOS GASTOS MÉDICOS Y LIBERANDO AL CLUB AMÉRICA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD O RECLAMACIÓN, TOMANDO EN CUENTA QUE NO CUENTO CON NINGUN TIPO DE SEGURO MÉDICO EN EL CLUB AMÉRICA Y QUE AL REALIZAR LA ACTIVIDAD FÍSICA DE FÚTBOL, ESTOY EXPUESTO A CUALQUIER TIPO DE LESIÓN.</u>				
ACEPTO LOS TERMINOS _____				
ACEPTO LOS TERMINOS _____				
FIRMA INTERESADO _____			FIRMA PADRE O TUTOR _____	
Esta información es confidencial para el jugador				
Cuando te invitaron a venir al club a presentar una visoria, te solicitaron algún tipo de pago económico. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
LES INFORMAMOS QUE LAS VISORIAS EN EL CLUB AMERICA NO TIENEN NINGÚN COSTO				
ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL CLUB AMÉRICA				
FECHA DE RECIBIDO _____		PERÍODO DE PRUEBA _____		
ENTRENADOR _____		CATEGORÍA A LA QUE PERTENECE _____		