



FEDERACIÓN DE ATLETISMO DE CASTILLA Y LEÓN.

Cadenas de San Gregorio, 6 Entreprl. Izda.

Teléfono 983.25.62.22 – Fax 983.26.79.87

47011 Valladolid

C.I.F.: G47076617

Correo Electrónico: info@fetacyl.org

Web: www.fetacyl.org



DEPARTAMENTO TÉCNICO

CIRCULAR 32/2009

CONCENTRACIÓN C.T.A. DE SALTO CON PÉRTIGA Valladolid, 8 al 10 de mayo de 2009.

**Invitados especiales: Naroa Agirre.
Jon Karla Lizeaga.**

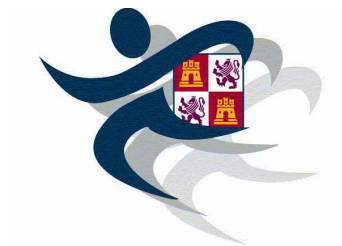
- Lugar** : Instalaciones Deportivas C.P.T.D. Río Esgueva.
- Alojamiento** : Hotel Ruta del Duero, Avda. Los Álamos, s/nº. La Cistérniga, Valladolid. Tlf: 983.403.101
- Programa** : Incorporación : **Viernes 8 de mayo**. Módulo Río Esgueva, 18.00 h.
Final : **Domingo 10 de mayo**, 13.30 h. Módulo.
- Responsable** : **Jon Karla Lizeaga**
- Entrenador de Naroa Agirre.
- Invitada especial** : **Naroa Agirre.**
- Campeona de España de Salto con Pértiga.
- Recordwoman de España de Salto con Pértiga.
- Atletas invitados** :
- | | | |
|--------------------|----|-----------------------------|
| Ásahel A. Rosa | 92 | Triathlon Soriano |
| David Caviedes | 94 | C.A. Valladolid-Universidad |
| Eizan Fernández | 92 | Triathlon Soriano |
| José A. Panera | 93 | C. de León Sprint At. |
| Miguel A. González | 89 | C.A. Valladolid-Universidad |
| Victor Crespo | 91 | C. de León Sprint At. |
| | | |
| Coral Sevillano | 91 | CAS-C. Segovia |
| Marina Ribas | 93 | C. de León Sprint At. |
| Miriam Barranco | 92 | Triathlon Soriano |
| Sara Gago | 93 | Capiscol |
| Susana Alvarez | 93 | C. de León Sprint At. |

También quedan invitados los entrenadores personales de los atletas relacionados.



FEDERACIÓN DE ATLETISMO DE CASTILLA Y LEÓN.

Cadenas de San Gregorio, 6 Entrepl. Izda.
Teléfono 983.25.62.22 – Fax 983.26.79.87
47011 Valladolid
C.I.F.: G47076617
Correo Electrónico: info@fetacyl.org
Web: www.fetacyl.org



Confirmación

: Los atletas relacionados y sus entrenadores personales que deseen asistir deberán confirmar su participación antes de las 18.30 horas del jueves 30 de abril llamando a esta Federación, teléfono 983.25.62.22, de 09.00 a 14 y de 16 a 18.30 horas.

Documentación

: Tarjeta de la Seguridad Social ó similar.
D.N.I. original.
Fotocopia de la Licencia Federada o de “Deporte en Edad “.
Autorización adjunta (menores de 18 años).

Vº Bº
EL PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN
DE ATLETISMO DE CASTILLA Y LEÓN

Fdo.: Gerardo García Alaguero

Valladolid, 21 de abril de 2009
EL DEPARTAMENTO TÉCNICO



FEDERACIÓN DE ATLETISMO DE CASTILLA Y LEÓN.

Cadenas de San Gregorio, 6 Entreprl. Izda.
Teléfono 983.25.62.22 – Fax 983.26.79.87
47011 Valladolid
C.I.F.: G47076617
Correo Electrónico: info@fetacyl.org
Web: www.fetacyl.org



AUTORIZACIÓN E INFORMACIÓN MÉDICA

D./D^a _____ D.N.I. n° _____, como padre/madre/tutor responsable del atleta menor de edad _____, con domicilio en la calle _____ n° ____, piso ____, letra ____, teléfono _____, otros teléfonos de contacto: _____, conociendo las condiciones de la actividad,

AUTORIZO:

Para que asista al **Concentración Pértiga** que se celebra en **Valladolid**, del **8 al 10 de mayo 2009**.

Asimismo, le autoriza a salir del recinto de la instalación en los descansos previstos.

También asumo la responsabilidad de cualquier acto, incidencia o accidente en que pudiera estar implicado mi hijo/a durante dicha actividad, y acepto que, si la falta de disciplina lo requiere, en cualquier momento sea devuelto a su domicilio.

Esta actividad se desarrolla según las normas específicas contempladas en la adjunta circular informativa, y las normas generales para concentraciones de la Federación de Atletismo de Castilla y León.

INFORMACIÓN MÉDICA:

Antecedentes médicos (alergias, afecciones crónicas, etc.) (1):

Otros datos a conocer por los responsables de la actividad: _____

(1) : Adjuntar informe médico, si fuera preciso.

En caso de no hacer constar ningún dato médico, se entiende que el padre/madre/tutor desconoce las posibles alteraciones en la salud del atleta de referencia.

La firma de la presente solicitud autoriza también de forma expresa a los responsables de la actividad a realizar las gestiones oportunas en caso de tratamiento médico, eventual hospitalización y cualquier otro procedimiento necesario, así como realizar reconocimiento médico, a través del facultativo designado para esa concentración.

_____, ____ de _____ de 2009

FIRMA: