



Torneo Intramural \_\_\_\_\_

Clínicas \_\_\_\_\_

Otras \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE INSCRIPCION**

Fecha de Inscripción: \_\_\_\_\_

Día

Mes

Año

Web page: [www.vaquerosvoli.org](http://www.vaquerosvoli.org)Email: [cvvb1993@yahoo.com](mailto:cvvb1993@yahoo.com)

Al inscribirme para participar del Torneo Intramural, acepto participar en este torneo durante el tiempo que dure y también acepto que para jugar de cualquier otro torneo donde el CLUB (CVVB) participe deberé contar con un relevo firmado de la persona encargada del CLUB. Entiendo además, que el CVVB tiene derecho de admisión reservado. El cumplimentar esta solicitud no es una garantía de participación y que dependerá de la disponibilidad de recursos del CVVB.

**JUGADORES**

	Nombre y ambos Apellidos	Sexo		Fecha Nac.			Edad	Tamaño Camisa	
		F	M	Día	Mes	Año	años	Niño	Adulto
1									
2									
3									
4									

**Dirección:**

Calle		Num	
Pueblo		País	Zip-Code
Dir. Postal			

**INFORMACION DE LOS PADRES**

	Nombre	Teléfono del Trabajo	Lugar de Trabajo - Posición
Madre			
Padre			

\*email madre: \_\_\_\_\_

\*email padre: \_\_\_\_\_

Teléfono - Casa	Celular Madre	Celular Padre

Otros teléfonos, favor de indicar nombre y parentesco.

Teléfono	Persona Contacto	Relación
1		
2		

**NOTA ACLARATORIA**

La participación del torneo intramural es compulsoria para participar de cualquier selección. La matrícula aquí descrita es por la participación del jugador en el torneo intramural o clínicas del CLUB según aplique. Esta matrícula **NO INCLUYE** participación del jugador en equipos de selección o torneos de otros clubes o ligas.

**RECUERDE, el depósito no es reembolsable.**\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE O ENCARGADO\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O ENCARGADO