



FORMULARIO DE ACREDITACIÓN DE TÉCNICO DEPORTIVO

DATOS PERSONALES DEL ENTRENADOR			
Nombre y apellidos			
DNI		Nº de licencia	
Dirección			
Nº	Piso	CP	Localidad
Provincia			Email
Teléfono fijo		Teléfono móvil	
Titulación que se posee (táchese lo que proceda):			
Entrenador nivel 3		<input type="checkbox"/>	
Entrenador de Gimnasia		<input type="checkbox"/>	
Especialidad/es (táchese la/las que se posea):			
GAM	<input type="checkbox"/>	TRP	<input type="checkbox"/>
GAF	<input type="checkbox"/>	AER	<input type="checkbox"/>
GR	<input type="checkbox"/>	ACRO	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL CLUB			
Nombre del Club			
CIF		Nº de licencia	
Dirección			
Nº	Piso	CP	Localidad
Provincia			Email
Teléfono		Fax	
Nombre del Presidente			
Nombre del Secretario General			

En, a..... de de 2019



Federación Madrileña
de Gimnasia

Firma del Entrenador

Firma del representante del club
(Presidente o Secretario General)

Firma y Sello
Federación Autónoma