



# FEDERACIÓN DE LUCHAS OLÍMPICAS Y D.A. DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Dirección: Casa del Deporte, Avda. del Llano nº 69, Oficina 4, C.P. 33209, Gijón.  
Teléfono: 692689818  
Correo electrónico: [info@luchaasturias.es](mailto:info@luchaasturias.es)  
Página web: [www.luchaasturias.es](http://www.luchaasturias.es)



## INSCRIPCIÓN CURSOS FEDERATIVOS

NOMBRE Y APELLIDOS: .....

D.N.I. (deportista): .....

CORREO ELECTRÓNICO: .....

TELÉFONO: .....

DIRECCIÓN (calle,nº,piso,localidad,C.P.): .....

PADRE/MADRE/TUTOR/A (si es menor): .....

D.N.I. (padre/madre/tutor/a): .....

Solicito la inscripción en el/los siguientes cursos:  
(marcar con una X el curso o cursos y la modalidad deportiva)

<input type="checkbox"/>	LUCHAS OLÍMPICAS
<input type="checkbox"/>	LUCHA SAMBO
<input type="checkbox"/>	GRAPPLING Y GRAPPLIN GI
<input type="checkbox"/>	MMA
<input type="checkbox"/>	SAMBO – DEFENSA PERSONAL
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	Monitor Nacional Nivel I
<input type="checkbox"/>	Entrenador Nacional Nivel II
<input type="checkbox"/>	Entrenador Nacional Nivel III
<input type="checkbox"/>	Maestro Entrenadores Nivel IV

<input type="checkbox"/>	CINTURÓN NEGRO 1º DAN
<input type="checkbox"/>	CINTURÓN NEGRO 2º DAN
<input type="checkbox"/>	CINTURÓN NEGRO 3º DAN
<input type="checkbox"/>	CINTURÓN NEGRO 4º DAN
<input type="checkbox"/>	CINTURÓN NEGRO 5º DAN
<input type="checkbox"/>	

En ....., a ..... de ..... del .....

Firma del deportista (Firma del padre/madre/tutor/a si es menor de edad) (*)

(\*) Por la misma certifico estar en posesión de la patria potestad del menor objeto de esta autorización, o presento firma complementaria si así fuese necesario.  
(Se requerirá firma complementaria si el menor estuviese bajo el régimen de custodia compartida, tutelado por las administraciones públicas, o cualquier otra)