



FEDERACIÓN DE KICKBOXING DE LA REGIÓN DE MURCIA

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA EXAMEN AUTONOMICO.

CINTO NEGRO – ARBITRO - ENTRENADOR

D. _____

CON DOMICILIO EN: _____ PROVINCIA: _____

DIRECCIÓN: _____ C.P. _____

TLFN: _____ E-MAIL: _____

DNI: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

GRADO DE CINTURÓN NEGRO AL QUE ASPIRA: _____

ARBITRO: _____ ENTRENADOR: _____

FECHA OBTENCIÓN: _____ CLUB: _____

(Datos del entrenador)

PROFESOR QUE LO PRESENTA: _____

GRADO: _____ TITULO DOCENTE: _____ Nº _____

Fdo. (El profesor) _____

Solicita del Presidente de la Federación de Kickboxing de la Región de Murcia, el Vº. Para participar en el Examen de Cinto Negro de kickboxing.

A celebrar en _____ el día _____ de _____ de 201____ y declara conocer y aceptar las condiciones establecidas en el reglamento de régimen interno de la FCRM.

Murcia, _____ de _____ de 201__.

Fdo.:-

DOCUMENTOS A PRESENTAR:

- Documento de solicitud de examen (bien cumplimentado).
- Fotocopia del DNI.
- Foto Carnet.
- Titulo anterior al solicitado.
- Justificante de pago de tasas examen.