



FEDERACION MADRILEÑA DE KARATE

FOTOGRAFIA

SOLICITUD DE EXAMEN DE KYUS Y AVAL DE C.N.

Nº DE LICENCIA

SELECCIONAR CON UN CIRCULO EL GRADO AL QUE OPTA:

VERDE / AZUL	AZUL	AZUL / MARRON	MARRON	C. NEGRO	1º DAN	2º DAN	3º DAN
--------------	------	---------------	--------	----------	--------	--------	--------

NOMBRE : _____ APELLIDOS : _____

FECHA DE NACIMIENTO : DIA : _____ MES : _____ AÑO: _____ SEXO : _____

D. N. I. : _____ / _____ NACIONALIDAD : _____ PROFESION : _____

NATURAL DE : _____ PROVINCIA: _____

DOMICILIO : _____ LOCALIDAD : _____

PROVINCIA : _____ CODIGO POSTAL : _____ TELEFONOS : _____ / _____

GRADO ACTUAL : _____ DE FECHA : _____

FASE APROBADA : _____

SI ES REPETIDOR, RELACION DE FECHAS: _____

VOLUNTARIOS : _____ / _____

OTROS KATAS : _____ / _____ / _____ / _____

ESTILO QUE PRACTICA : _____ FIRMA DEL ASPIRANTE : .

PESO:

A RELLENAR POR EL ENTRENADOR

EXAMEN DIA : _____ MES : _____ AÑO: _____ CLUB. : _____

D. _____ FDO. _____

EN CALIDAD DE: _____

(Indicar grado y titulación de enseñanza)

