



## RENOVACIÓN

### SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA USO DE GAFAS ESPECIALES PARA LA PRÁCTICA DEL FÚTBOL

*(Sólo para aquellos solicitantes que tengan expedido certificado de la temporada anterior)*

FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_

Nombre : .....

Apellidos : .....

Fecha de nac.: ..... DNI : .....

Domicilio : .....

Tfno. contacto : ..... E-m@il .....

Tipo de licencia :    PREBENJAMIN     BENJAMIN     ALEVÍN     INFANTIL     CADETE

Club : .....

## SOLICITO

**RENOVAR LA AUTORIZACIÓN CONCEDIDA EN LA TEMPORADA PASADA, \_\_\_\_\_, PARA EL USO DE GAFAS ESPECIALES PARA LA PRÁCTICA DEL FÚTBOL, DECLARANDO QUE EL CERTIFICADO EXPEDIDO POR UN COLEGIADO ÓPTICO-OPTOMETRISTA APORTADO A ESTA FEDERACION:**

### QUE INDICA:

1.- *La imposibilidad expresa del uso de lentes de contacto.*

2.- *El tipo de gafas que utilizará el futbolista, así como expresamente que el uso de las mismas no entraña riesgo para la integridad física del futbolista ni de otros participantes en el desarrollo de un partido de fútbol.*

**SIGUE VIGENTE, POR LO QUE NO HABIÉNDOSE PRODUCIDO MODIFICACIÓN O ALTERACIÓN ALGUNA EN LO DECLARADO EN EL MISMO, CONTINUA UTILIZANDO LAS MISMAS GAFAS PARA LAS QUE SE LE CONCEDIÓ LA AUTORIZACIÓN, NO ENTRAÑANDO RIESGO POR TANTO PARA LA INTEGRIDAD FÍSICA DEL FUTBOLISTA NI DE OTROS PARTICIPANTES EN EL DESARROLLO DE LA PRÁCTICA DEL FÚTBOL FEDERADO.**

Asimismo como solicitante eximo a la Real Federación de Castilla y León de Fútbol de cualquier responsabilidad derivada del uso de las gafas especiales, así como a todas las personas físicas y/o jurídicas integradas en la Real Federación de Castilla y León de Fútbol y que forman parte del desarrollo de los partidos de fútbol federado y los entrenamientos, bien por accidente propio o causado a un tercero.

CH.S.G.

Vº Bº  
( Padre, Madre o tutor )

EL SOLICITANTE

Nombre : .....

Nombre : .....

D.N.I. : .....

D.N.I. : .....