

Don/Doña _____ Director/a/Secretario/a
_____ domiciliado en nuestra
ciudad, C/ _____ nº _____ DP
_____ y correo electrónico _____

CERTIFICO:

* Que _____ con DNI _____
está escolarizado en nuestro centro en el nivel educativo de _____ de
_____ (Primaria/secundaria/Bachillerato/Formación Profesional de grado medio o
superior). La certificación puede realizarse de forma colectiva, incluyendo el listado
de todos los inscritos en el mismo equipo.

* Que nuestro centro NO cuenta con equipo para participar en la competición
de _____ (deporte), _____ (sexo), Categoría
_____.

Que nuestro centro cuenta con equipo para participar en la competición de
_____ (deporte), _____ (sexo), Categoría
_____ y NO TIENE INCONVENIENTE en que participe en la
competición escolar con el Club Deportivo /Escuela
_____ que cuenta con equipo en la misma
competición, sexo y categoría.

De lo que certifico en Valladolid, a _____ de _____ de 20__

Vº y Conforme

Sello

Fdo. _____
Secretario

Fdo. _____
Director/a

* Cumplimentación alternativa.

| |
|---|
| C/ Joaquín Velasco Martín, 9 47014 VALLADOLID |
| Telf: 983 - 42.63.13 Fax nº 983 - 42.63.14 |
| E.mail: actividadesfmd@ava.es |