

	ASOCIACIÓN DEPORTIVO CALI	Código: F-AC-06
	REACTIVACIÓN ACADEMIA	Fecha De Implementación: Noviembre 01 de 2019
	ACADEMIA	Versión: 01

SEÑORES

Asociación Deportivo Cali

La Ciudad

REF: SOLICITUD DE REINTEGRO A ENTRENAMIENTOS.

ULTIMO MES DE ASISTENCIA	
ACTIVACIÓN A PARTIR DE	
Fecha de solicitud	

Si la suspensión se generó por incapacidad recuerde que debe adjuntar fotocopia del acta médica.

Yo, _____ identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en mi propio nombre mediante el presente escrito, autorizo a LA **ASOCIACIÓN DEPORTIVO CALI** la verificación de la información declarada anteriormente, dando fé de su veracidad, con respecto a mi hijo (a) _____.

Nombre del Acudiente:

Identificación:

Firma:

Celular y fijo

<i>Espacio para diligenciar la Asociación Deportivo Cali</i>					
REVISADO POR	CÓDIGO JUGADOR	AÑO NACIMIENTO	OBSERVACIONES		
			Fecha		
			1		
			2		