



FEDERACION DE FUTBOL ARGENTINO DE PARALISIS CEREBRAL

Formulario A preinscripción institucional

Equipo de Fútbol Femenino

Equipo de Fútbol 7 Masculino

Equipo de Fútbol 5 Masculino

Nombre de la institución: _____

Nombre del equipo: _____

Región: _____

Dirección: _____ C.P: _____

Localidad: _____ Partido: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Email: _____

1- Nombre completo del D.T. : _____ D.N.I. _____

T.E. CELULAR: _____ T.E. PARTICULAR _____

Email : _____ firma: _____

2- Nombre completo del Delegado : _____ D.N.I. : _____

T.E. CELULAR: _____ T.E. PARTICULAR: _____

Email : _____ firma: _____

Firma del responsable de la Institución _____

Aclaración y cargo del responsable de la institución _____

Para obtener más orientación, visite: www.ffapc.com

o comuníquese con la Federación de fútbol argentino de parálisis cerebral: info.ffapc@gmail.com



FEDERACION DE FUTBOL ARGENTINO DE PARALISIS CEREBRAL



Formulario B - LISTA DE BUENA FE

Equipo de Fútbol Femenino

Equipo de Fútbol 7 Masculino

Equipo de Fútbol 5 Masculino

Nombre de la institución: _____

Nombre del equipo: _____

Región: _____

Dirección: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Partido: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Email: _____

A la Federación de Fútbol Argentino de Parálisis Cerebral (FFAPC)

Presente

Por medio de la presente y en carácter de declaración jurada, le informamos a esta Federación que los actas médicas de los jugadores pertenecientes a nuestra institución que se detalla en la nómina que figura a continuación, se encuentra vigente y en nuestro poder, poniéndonos a disposición de la FFAPC para cuando lo consideren necesario.

Asi mismo, asumimos el compromiso de obtener los actas médicos de los jugadores que eventualmente se habiliten en el futuro para competir en representación de nuestra institución, a sabiendá de que deberemos presentar oportunamente una nueva declaración jurada que los incluye en nómina.

Apellido y nombre: _____ DNI: _____

Firma de Presidente

Firma de Secretario

Para obtener más orientación, visite: www.ffapc.com

o comuníquese con la Federación de fútbol argentino de parálisis cerebral: info.ffapc@gmail.com



FEDERACION DE FUTBOL ARGENTINO DE PARALISIS CEREBRAL

N°	APELLIDO Y NOMBRE	Fecha de Nac.	D.N.I.	CLASE DEPORTIVA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

1- Nombre completo del D.T. : _____ D.N.I. _____

T.E. CELULAR: _____ T.E. PARTICULAR _____

Email : _____ firma: _____

2- Nombre completo del Delegado : _____ D.N.I. : _____

T.E. CELULAR: _____ T.E. PARTICULAR: _____

Email : _____ firma: _____

Firma del responsable de la Institución _____

Aclaración y cargo del responsable de la institución _____

Para obtener más orientación, visite: www.ffapc.com

o comuníquese con la Federación de fútbol argentino de parálisis cerebral: info.ffapc@gmail.com



FEDERACION DE FUTBOL ARGENTINO DE PARALISIS CEREBRAL



Formulario C

ACUERDO DE PARTICIPACIÓN: JUGADORES Y STAFF

Nombre del evento: Liga Argentina de Fútbol

Fecha del evento desde el mes de Mayo a Diciembre del año 2020

Organizador de la Liga LAF: FFAPC

Nombre del participante _____ D.N.I. _____

Dirección particular del participante: _____ Localidad _____

Provincia: _____ Tel. Cel _____ Tel. de Contacto _____

En calidad de: JUGADOR DIRECTOR TECNICO DELEGADO

Institución a la que representa _____

Liberación de responsabilidad , indemnidad:

Por la presente el participante y en el caso de ser menor, su padre, tutor o encargado, libera de responsabilidad al organizador y a la FFAPC , como así también a sus patrocinadores y respectivos agentes empleados, funcionarios, representantes, concesionarios y colaboradores en todas sus etapas y/o de cualquier daño material, moral, estético, lucro cesante y cualquier otro (inclusive por fallecimiento) o pérdida del participante y/o del cualquier tercero que surja directa o indirectamente o de cualquier daño o pérdida de la propiedad del participante o de un tercero que surja directa o indirectamente de la asistencia, participación del evento en sus distintas etapas y en cualquiera de las sedes fijadas por la organización en las distintas etapas.

1- Autorización para reproducir la apariencia física y la voz:

Mediante el presente, el participante otorga expresamente a los organizadores, concesionarios y patrocinadores del evento y terceros que el organizador pueda autorizar, como así también a sus empleados, funcionarios, representantes, colaboradores, en todas sus etapas, el derecho absoluto e ilimitado de tomar fotografías y/o efectuar grabaciones y/o filmaciones del participante durante su participación del evento . Como así de utilizar los cuadros siluetas y otras reproducciones de imágenes y/o apariencias del participantes y/o grabaciones de su voz y/o su nombre en todos los medios de comunicación existentes o a desarrollarse en el

Para obtener más orientación, visite: www.ffapc.com

o comuníquese con la Federación de fútbol argentino de parálisis cerebral: info.ffapc@gmail.com



FEDERACION DE FUTBOL ARGENTINO DE PARALISIS CEREBRAL

futuro, en cualquier idioma y territorio del mundo y a perpetuidad, sin que ello genere a favor del participante derecho al pago de contraprestaciones alguna y sin necesidad de aprobación alguna adicional por parte del participante. Ninguna disposición del presente exige que el organizador utilice algún material en el que se reproduzca la apariencia física o la voz del participante.

2- Autorización para la atención médica:

El participante y en el caso de los menores de edad el padre, tutor o encargado, autorizan al organizador designe, a prestar su consentimiento ante el servicio médico, hospital y/o médico que el organizador seleccione con respecto a cualquier examen, tratamiento y/o diagnóstico médico al que deba ser sometido el o la participante en el evento. Con respecto a este párrafo el participante declara ser alérgico a los siguientes medicamentos:

Debo recibir los siguientes tratamientos médicos:

Asimismo declaro encontrarme en perfecto estado de salud para realizar las actividades que demanden mi participación en la Liga Argentina de Fútbol y no poseer enfermedad o dolencias preexistentes que impliquen un riesgo para mi salud, bienestar o vida a raíz de mi intervención en este evento.

3- El participante declara que ni el organizador ni los patrocinadores del evento le adeudan contraprestaciones algunas por los compromisos asumidos bajo en presente.

4- Divisibilidad de las disposiciones: los términos y condiciones de este acuerdo de participación son divisibles y la invalidez de algunos de ellos no afectará la validez de los demás términos y condiciones de este que permanecerá válido para las partes.

5- Ley aplicable: este acuerdo de participación se registrará e interpretará de acuerdo a las leyes de la República Argentina, sin aplicar los principios de conflicto de leyes. Cualquier y toda acción legal a este acuerdo de participación que sea interpretado por cualquiera de las partes (participante o el organizador) se someterá a los tribunales ordinarios **de la Capital federal ubicados en Ciudad de Buenos Aires**, República Argentina y cada parte acuerda dicha jurisdicción será exclusiva. La parte vencedora tendrá derecho recuperar los honorarios y costas legales razonables en la que se le haya incurrido para tal efecto. En prueba de conformidad con lo ante dispuesto, el participante y/o padre tutor o encargado de los

Para obtener más orientación, visite: www.ffapc.com

o comuníquese con la Federación de fútbol argentino de parálisis cerebral: info.ffapc@gmail.com



FEDERACION DE FUTBOL ARGENTINO DE PARALISIS CEREBRAL

menores de edad firman el siguiente acuerdo de participación, el cual e leído y entendido acabadamente.

6- Firma del participante _____

Aclaración _____ DNI N° _____

7- En caso el caso de ser menores de edad.

Apellido y nombre del tutor _____ D.N.I. _____

Domicilio _____ teléfono de contacto: _____

Según mi legal consentimiento autorizo a _____

D.N.I. _____ de _____ años a participar de todas las instancias de la liga Argentina de futbol PC del presente año y declaro verídico todos los datos y autorizo a los responsables del equipo a tomar, según prescripción médica las decisiones convenientes y necesarias en mi ausencia.

Certificando que el antes mencionado viaja con DNI o pasaporte en cualquiera de los casos Original condición indispensable para poder participar en todas las instancias de esta Liga.

Firma del padre, tutor o encargado _____ D.N.I. _____

Aclaración _____

Para obtener más orientación, visite: www.ffapc.com

o comuníquese con la Federación de fútbol argentino de parálisis cerebral: info.ffapc@gmail.com