



COPA INTERESCOLAR
DE FÚTBOL MASCULINO
UPAO - MANNUCCI



ANEXO N.º 02

CARTA DE RESPONSABILIDAD MÉDICA

CATEGORÍA: EDAD:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MENOR:

FECHA DE NACIMIENTO: DNI: POSICIÓN EN EL CAMPO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

| DPTO. | PROV. | DIST. |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

INSTITUCIÓN EDUCATIVA:

DIRECCIÓN:

DISTRITO: TELÉFONO:

E-MAIL:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE O APODERADO:

DNI: DIRECCIÓN:

Autorizo a mi menor hijo, quien se encuentra en buen estado de salud, a participar en la Copa Interescolar de Fútbol Masculino 'UPAO - MANNUCCI'. Excluyo a los organizadores y empresas patrocinadoras, de cualquier responsabilidad si mi hijo sufriera lesión o accidente alguno durante su participación.

Trujillo, ____ de julio de 2023

FIRMA DEL PADRE O APODERADO
DNI: