



## Justificante general CTD Infanta Cristina

Curso académico			Federación				
201__			201__				
Nombre del responsable						Cargo	
D.							
Motivo de la Falta (Campeonato, Revisión médica, enfermedad o salidas)							
Campeonato/Concentración de							
Salida Nocturna (máximo 03:00 horas día siguiente)							
Salida 24 horas (mínimo 12 horas día siguiente)							
Ida			Vuelta			Lugar de Celebración	
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Población	Región/País
Nº	DEPORTISTAS						
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
OBSERVACIONES							
Firmado							
D. _____							
A la Atención del Director Gerente del CTD Infanta Cristina							