



# AEF SOCCER CAMP - 2022

## Planilla de Inscripción

### Ficha de Identificación de Jugadores

Estimado Representante sírvase de llenar la presente ficha de identificación, la cual servirá para registrar sus datos en nuestra institución deportiva

SEDE: AEF SPORT PARK / MACARACUAY

Seleccionar semanas:

- Semana 1 - Del 25 de julio al 29 de julio.  
 Semana 2 - Del 01 de agosto al 05 de agosto.  
 Semana 3 - Del 08 de agosto al 12 de agosto.  
 Semana 4 - Del 15 de agosto al 19 de agosto.

DATOS PERSONALES DEL JUGADOR			
Nombres		Apellidos	
No. Cédula de Identidad / Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	
Colegio	Zona donde vive		
DATOS DEL REPRESENTANTE 1			
Nombres		Apellidos	
No. Cédula de Identidad / Pasaporte	Celular		
Teléfono Adicional	Correo Electrónico		
DATOS DEL REPRESENTANTE 2			
Nombres		Apellidos	
No. Cédula de Identidad / Pasaporte	Celular		
Teléfono Adicional	Correo Electrónico		

Yo, \_\_\_\_\_ representante del Jugador arriba identificado, declaro que acepto todas las condiciones estipuladas en el Reglamento de la Academia Euroamericana de Fútbol.

Firma del Representante \_\_\_\_\_

FECHA: / /

Enviar el soporte de pago a [aefsoccercamp@gmail.com](mailto:aefsoccercamp@gmail.com)  
Contacto: 04143731560

 @aedefutbol  @aedefutbol

[www.academiaeuroamericanadefutbol.com](http://www.academiaeuroamericanadefutbol.com)



# AEF SOCCER CAMP - 2022

## Planilla de Inscripción

### Ficha de Identificación de Jugadores

Estimado Representante sírvase de llenar la presente ficha de identificación, la cual servirá para registrar sus datos en nuestra institución deportiva

SEDE: COLEGIO INTERNACIONAL DE CARACAS

Seleccionar semanas:

- Semana 1 - Del 25 de julio al 29 de julio.
- Semana 2 - Del 01 de agosto al 05 de agosto.
- Semana 3 - Del 08 de agosto al 12 de agosto.
- Semana 4 - Del 15 de agosto al 19 de agosto.

DATOS PERSONALES DEL JUGADOR		
Nombres		Apellidos
No. Cédula de Identidad / Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento
Colegio	Zona donde vive	
DATOS DEL REPRESENTANTE 1		
Nombres		Apellidos
No. Cédula de Identidad / Pasaporte	Celular	
Teléfono Adicional	Correo Electrónico	
DATOS DEL REPRESENTANTE 2		
Nombres		Apellidos
No. Cédula de Identidad / Pasaporte	Celular	
Teléfono Adicional	Correo Electrónico	

Yo, \_\_\_\_\_ representante del Jugador arriba identificado, declaro que acepto todas las condiciones estipuladas en el Reglamento de la Academia Euroamericana de Fútbol.

Firma del Representante \_\_\_\_\_

FECHA: / /

Enviar el soporte de pago a [aefsoccercamp@gmail.com](mailto:aefsoccercamp@gmail.com)  
Contacto: 04143731560

 @aedefutbol  @aedefutbol

[www.academiaeuroamericanadefutbol.com](http://www.academiaeuroamericanadefutbol.com)