

PLANILLA DE UBICACIÓN DEL ATLETA
Plan Trimestral: Julio – Septiembre 2004

Con el fin de asistir a la Federación Internacional de Softbol y a la Agencia Mundial Contra El Doping (WADA), con el control de doping Fuera-de-Competencia. Le solicitamos llenar esta planilla, detallando su "whereabouts" (ubicación) en el próximo trimestre.

Esta información debe ser enviada antes del 1º. De Junio a la Federación Internacional de Softbol por e-mail, fax o correo.

1900 South Park Road
 Plant City, Florida 33563
 Fax: 813.864.0105
 info@internationalsoftball.com

Por favor escriba a máquina o en letra imprenta legible y sea tan preciso como sea posible. Antes de llenar esta planilla, por favor consulte las instrucciones anexas.

Información Personal

1. NOMBRE: _____
APELLIDO NOMBRES_

2. NÚMERO DE PASAPORTE DEL ATLETA: _____

3. FECHA DE NACIMIENTO: _____ **SEXO:** _____
DÍA MES AÑO MASCULINO/FEMENINO

4. NÚMERO DE PASAPORTE DEL ATLETA: _____

5. NACIONALIDAD: _____

6.  DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (R)

No. CALLE PUEBLO/CIUDAD ESTADO/PROVINCIA

CÓD.POSTAL PAÍS No.TELÉFONO No. TELÉFONO (MÓVIL)

7.  DIRECCIÓN DE CORREO (SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN DE RESIDENCIA)

No. CALLE PUEBLO/CIUDAD ESTADO/PROVINCIA

CÓD.POSTAL PAÍS

8.  DIRECCIÓN DE E-MAIL: _____

9. FEDERACIÓN NACIONAL: _____

10. NÚMERO DE MEMBRESÍA : (SI ES APLICABLE) _____

11. DISCIPLINA/CLASE/EQUIPO:**Detalles de Ubicación/Calendario****12.  UBICACIÓN DE LA SEDE PRIMARIA DE ENTRENAMIENTO (X)**

NOMBRE DE LAS INSTALACIONES: _____

DIRECCIÓN DE LAS INSTALACIONES: _____

No. CALLE PUEBLO/CIUDAD ESTADO/PROVINCIA

CÓD.POSTAL PAÍS No. TELÉFONO

HORARIO DIARIO (INSERTE LAS HORAS)

DÍA	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
AM							
PM							

13.  UBICACIÓN DE LA SEDE SECUNDARIA DE ENTRENAMIENTO (X)

NOMBRE DE LAS INSTALACIONES: _____

DIRECCIÓN DE LAS INSTALACIONES: _____

No. CALLE PUEBLO/CIUDAD ESTADO/PROVINCIA

CÓD.POSTAL PAÍS No. TELÉFONO

HORARIO DIARIO (INSERTE LAS HORAS)

DÍA	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
AM							
PM							

14. HORARIO DE TRABAJO/ESTUDIO (Z)

HORARIO DIARIO (INSERTE LAS HORAS)

DÍA	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
AM							
PM							

15.  DIRECCIONES DE RESIDENCIAS TEMPORALES (A1/A2)**A1. DIRECCIÓN DE RESIDENCIAL TEMPORAL**

NO CALLE

PUEBLO/CIUDAD ESTADO/PROVINCIA

CÓD.POSTAL PAÍS

NÚMERO TEL. _____

A2. DIRECCIÓN DE RESIDENCIAL TEMPORAL

NO CALLE

PUEBLO/CIUDAD ESTADO/PROVINCIA

CÓD.POSTAL PAÍS

NÚMERO TEL. _____

16. CAMPAMENTOS DE ENTRENAMIENTO (TC)

NOMBRE DEL ORGANIZADOR		FECHA DE INICIO		FECHA DE TÉRMINO
NÚMERO	CALLE	PUEBLO/CIUDAD	ESTADO/PROVINCIA	PAÍS

NOMBRE DEL ORGANIZADOR		FECHA DE INICIO		FECHA DE TÉRMINO
NÚMERO	CALLE	PUEBLO/CIUDAD	ESTADO/PROVINCIA	PAÍS

NOMBRE DEL ORGANIZADOR		FECHA DE INICIO		FECHA DE TÉRMINO
NÚMERO	CALLE	PUEBLO/CIUDAD	ESTADO/PROVINCIA	PAÍS

17. CALENDARIO DE COMPETENCIA (E)

NOMBRE DE LA COMPETENCIA		FECHA DE INICIO		FECHA DE TÉRMINO
NÚMERO	CALLE	PUEBLO/CIUDAD	ESTADO/PROVINCIA	PAÍS

NOMBRE DE LA COMPETENCIA		FECHA DE INICIO		FECHA DE TÉRMINO
NÚMERO	CALLE	PUEBLO/CIUDAD	ESTADO/PROVINCIA	PAÍS

NOMBRE DE LA COMPETENCIA		FECHA DE INICIO		FECHA DE TÉRMINO
NÚMERO	CALLE	PUEBLO/CIUDAD	ESTADO/PROVINCIA	PAÍS