



Mutualidad de Previsión Social
de Futbolistas Españoles

Delegación Comunidad Valenciana

Delegación Territorial Valenciana de Mutualidad de Previsión Social de Futbolistas a Prima Fija

AUTORIZACIÓN CLUB

D./D^a. _____,
con número de D.N.I./N.I.E. _____, como padre/madre/tutor de
_____ del Equipo _____, firmo como que he
recibido por parte del _____ las instrucciones oportunas para
actuar en caso de lesión de mi hijo/a.

FIRMA