

DEPARTAMENTO DE EVENTO

**H. AYUNTAMIENTO DEL MUNICIPIO DE PUEBLA
A TRAVES DEL,
INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE DE PUEBLA.**

INVITAN:

**A TODAS LAS DEPENDENCIAS Y ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS PERTENECIENTES AL H.
AYUNTAMIENTO DE
PUEBLA A PARTICIPAR EN:**

TORNEO INTERDEPENDENCIAS MUNICIPAL FEMENIL y VARONIL DE FUTBOL 7

BASES:

INSCRIPCIONES:

- LOS EQUIPOS ESTARAN INTEGRADOS POR EMPLEADAS Y EMPLEADOS DE CADA DEPENDENCIA Y ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS PERTENECIENTES AL H. AYUNTAMIENTO
- LAS INSCRIPCIONES SERÁN GRATUITAS Y QUEDAN ABIERTAS A PARTIR DEL LANZAMIENTO DE LA PRESENTE CONVOCATORIA EN LAS INSTALACIONES DEL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE (REFORMA SUR 3133, ESQUINA CON CALLE TETELA COL. LA PAZ).
- PODRAN INSCRIBIR 2 EQUIPOS MAXIMO POR DEPENDENCIA, ORGANISMO DESCENTRALIZADO PERTENECIENTE AL H. AYUNTAMIENTO DE PUEBLA.

REQUISITOS:

- ADQUIRIR Y LLENAR CÉDULA DE INSCRIPCIÓN EN LAS INSTALACIONES DEL IMD.
- COPIA DE CREDENCIAL DE SU DEPENDENCIA DEL H. AYUNTAMIENTO Y/O AVAL DE LA DEPENDENCIA POR EQUIPO CON LISTA DE INTEGRANTES QUE CONFORMAN EL EQUIPO.
- DOS FOTOS TAMAÑO INFANTIL RECIENTE B/N POR JUGADOR.
- MÍNIMO DE 7 JUGADORAS (ES), MÁXIMO 14.

JUGADOR QUE NO TENGA REGISTRO Y SE REGISTRE EN DOS EQUIPOS SERAN AUTOMATICAMENTE DESCALIFICADOS.

CATEGORÍA:

LIBRE.

RAMA:

FEMENIL Y VARONIL.

DÍAS Y HORARIOS:

LUNES A VIERNES
A PARTIR DE LAS 17:00 HRS.

SEDE: DEPORTIVO XONACA II.

REGLAMENTO: EL VIGENTE POR LA FEDERACION NACIONAL DE FUTBOL RAPIDO Y FUTBOL 7, Y REGLAMENTO DE USO DE INSTALACIONES DEL IMD.

ARBITRAJE: DESIGNADO Y AVALADO POR EL IMD.

INICIO DE TORNEO: 11 DE MAYO DEL 2012.

PREMIACIÓN: SERÁN OTORGADOS AL 1º, 2º Y 3ER LUGAR DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR EL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE.

TRANSITORIOS: LOS PUNTOS NO PREVISTOS EN ESTA CONVOCATORIA SERÁN RESUELTOS POR EL COMITÉ ORGANIZADOR.

EN CASO DE QUE ALGÚN EQUIPO VIOLE LOS REQUISITOS Y REGLAMENTOS DEL TORNEO INTERDEPENDENCIAS MUNICIPAL FEMENIL Y VARONIL 2011 QUEDARA AUTOMÁTICAMENTE DESCALIFICADO.

**INFORMES AL
TELÉFONO:** INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE
5 71 61 39.


C. SANDRA XIMENA MATA ZENTENO
DIRECTORA GENERAL



Instituto Municipal
del Deporte

EL DEPORTE QUE *Queremos**

Departamento de Eventos y Espacios Deportivos

RESPONSIVA

EL H. AYUNTAMIENTO DE PUEBLA, EL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE DE PUEBLA,
ASI COMO EL COMITÉ ORGANIZADOR, NO SE HACEN RESPONSABLES DE CUALQUIER INCIDENTE
QUE SE SUSCITE ANTES DURANTE Y DESPUES DEL _____, YA QUE LOS EQUIPOS
PARTICIPAN DE FORMA VOLUNTARIA QUEDANDO COMO RESPONSABLE EL DELEGADO DEL EQUIPO.
LAS ENFERMEDADES Y/O LESIONES QUE PUEDAN SUCEDER, SERAN BAJO RIESGO PROPIO

NOMBRE Y FIRMA DEL DELEGADO/REPRESENTANTE

DELEGADO/REPRESENTANTE

	Nombre:

	Fecha de Nac.:

Dirección:	

Tel.:	

TORNEO _____

NOMBRE DEL EQUIPO:

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____



**Instituto Municipal
del Deporte**

EL **DEPORTE** QUE *Queremos**

Departamento de Eventos y Espacios Deportivos

RESPONSIVA

EL H. AYUNTAMIENTO DE PUEBLA, EL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE DE PUEBLA,
ASI COMO EL COMITÉ ORGANIZADOR, NO SE HACEN RESPONSABLES DE CUALQUIER INCIDENTE
QUE SE SUSCITE ANTES DURANTE Y DESPUES DEL _____, YA QUE LOS EQUIPOS
PARTICIPAN DE FORMA VOLUNTARIA QUEDANDO COMO RESPONSABLE EL DELEGADO DEL EQUIPO.
LAS ENFERMEDADES Y/O LESIONES QUE PUEDAN SUCEDER, SERAN BAJO RIESGO PROPIO

NOMBRE Y FIRMA DEL DELEGADO/REPRESENTANTE

DELEGADO/REPRESENTANTE

	Nombre:	_____
	Fecha de Nac.:	_____
	Direccion:	_____
	Tel.:	_____

TORNEO _____

NOMBRE DEL EQUIPO:

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____

	Nombre:
	Fecha de Nac.:
	Direccion:
	Tipo de sangre: Alergias:
	Tel.:

Persona de confianza a quien informar: _____