



Beneficiarios Escuelas de Taekwondo

Datos del solicitante

Fecha: _____

Escuela TKD: _____

Nombres: _____ Apellidos: _____

Apodo: _____ Cédula: _____ Sexo: M F

Condición de salud _____

No. de Cuenta: _____ Fecha de Ingreso a la Cooperativa: _____

Balance en Ahorro RD\$ _____ Dirección: _____

Municipio: _____

Teléfono: () _____ () _____

Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ Lugar de Nacimiento: _____

Datos Personales de los Padres

Nombre del Padre: _____

No. de Cuenta _____ Teléfonos: _____

Fecha de Ingreso _____ Balance: _____ Ocupación: _____

Nombre de la Madre: _____

No. de Cuenta _____ Teléfonos: _____

Fecha de Ingreso: _____ Balance: _____ Ocupación: _____

Firma del padre o tutor

Instructor de Taekwondo

Comisión Central de Deportes

“Se le recuerda al usuario de este documento que si no lo está consultando directamente de un espacio digital y oficial de la organización o no tiene la indicación de “Copia Controlada” podría estar consultando una versión desactualizada de este documento”.