

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE CLASIFICACIÓN DEPORTISTAS CON DEFICIENCIA VISUAL

Deportista que reclama:

Apellidos		ID	
Nombre		Género	
Organo de representación del deportista		Deporte	
Clase Deportiva Actual		Estatus	

Reclamación formulada por:

Organización			
Nombre			
Fecha y hora de la presentación			
Tasa de reclamación pagada	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hora y fecha:	
Firma			

Razones de la reclamación:

Por favor, nombre los artículos relevantes del manual de clasificación
--

Tasa de reclamación recibida por:

Organización		Posición	
Nombre			
Fecha y hora de la protesta recibida			
Firma			

Reclamación aceptada/denegada:

Reclamación Aceptada <input type="checkbox"/>	Reclamación Denegada <input type="checkbox"/>
Si ha sido declinada, explique la razón:	
Si ha sido aceptada, hora y lugar de la revisión	
Nombre Jefe de Clasificación	
Firma	

Resultado de la reclamación:

Cambio en la clase deportiva <input type="checkbox"/>	No hay cambio en la clase deportiva <input type="checkbox"/>		
Clase deportiva tras la reclamación	Estatus deportivo tras reclamación	R <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
Firma Jefe de Clasificación			
Nombre representante FEDC			
Firma representante FEDC			

Reembolso de la tasa de reclamación (solo si la Clase Deportiva ha cambiado tras la reclamación):

Confirmando haber recibido la tasa por parte de la FEDC
Nombre:
Fecha y hora:
Firma: