



Federación Mexicana de Actividades Subacuáticas, A.C.
Confederación Mundial de Actividades Subacuáticas, A.C.

SOLICITUD DE REGISTRO A:

ESPECIALIDAD: _____

Nombre de la Especialidad

Renovación o Reposición ☐

Nuevo registro ☐

Certificación anterior _____

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

PROFESIÓN: _____

No. de Afiliado FMAS/CMAS

número debajo de la fotografía de su certificación.

NOMBRE: _____

Nombre(s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CURP O RFC: _____

DOMICILIO: _____

Calle

No. Exterior

No. Interior

Colonia

Delegación/Municipio

/Código Postal

Estado

TELEFONOS: _____

Particular

Trabajo

Celular

EMAIL: _____

DATOS DEL CLUB SOLICITANTE

NOMBRE DEL CLUB: _____

ASOCIACIÓN: _____

INSTRUCTOR RESPONSABLE: _____

FIRMA DEL INSTRUCTOR RESPONSABLE: _____

REGISTRO DEL INSTRUCTOR: _____

No. Certificación FMAS/CMAS

No. Afiliado FMAS/CMAS*

ASISTENTE: _____

Nombre(s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

REGISTRO DEL ASISTENTE: _____

No. Certificación FMAS/CMAS

No. Afiliado FMAS/CMAS

Av. Río Churubusco, Puerta 9, Cd. Deportiva, Col. Magdalena Mixhuca, Del. Iztacalco, C.P.08010,
México D.F. Tel. 5803-0172 / 5803-9735

Foto a color con
fondo blanco