



Federación de Baloncesto de Puerto Rico

Región:

Año:

Nombre: Inicial: Apellido Paterno: Apellido Materno:

día: Mes: Año: Sexo:

Lugar de Nacimiento: País:

Color de ojos: Color de Pelo: Estatura: Peso:

Celular: Tel Casa: Tel Trabajo:

Correo Electrónico: Facebook:

Certificación: Entidad:

Club/Organización: Escuela/Colegio:

Dirección postal 1: Dirección física 1:

Dirección postal 2: Dirección física 2:

Municipio: Municipio:

Zip: Zip:

Firma: _____ Fecha: