



ACTIVIDADES Y ESCUELAS DEPORTIVAS

2016-17

OPCIÓN ELEGIDA

| | |
|-------------------------------|-------|
| Actividad o Escuela Deportiva | Grupo |
|-------------------------------|-------|

DATOS ALUMNO/A

| | | | |
|---------------------|-----------|--------|------|
| Nombre y Apellidos | | | |
| Fecha de nacimiento | Edad | DNI | |
| Domicilio | Localidad | | C.P. |
| Teléfonos | / | E-mail | |

MODO DE PAGO

Pago único

Pago fraccionado

DECLARACIÓN

Con su firma, usted declara responsablemente que su hijo/a se encuentra en perfecto estado de salud y no padece, o ha padecido, ninguna enfermedad que pueda afectarle/a en la práctica de la actividad deportiva.

AUTORIZACIÓN

Otorgo mi consentimiento expreso a favor del Ayuntamiento de Cartes, para la captación, reproducción, difusión y publicación por fotografía, filme o cualquier otro procedimiento de la imagen de mi hijo/a a efectos de presentación, distribución y publicación exclusivamente para la divulgación interna y externa de las actividades del Ayuntamiento de Cartes.

No doy mi consentimiento a que utilicen la imagen de mi hijo/a de ninguna de las formas y medios anteriormente citados

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

- Fotos
- DNI
- Mutualidad
- Certificado Médico
- Justificante de pago
- Seguro

Cartes, a de 20

Firma del padre/madre/tutor:

Firmado:

D.N.I.:

TALLA ROPA

| | |
|------------------|--|
| Camiseta | |
| Pantalón | |
| Chaqueta Chándal | |
| Pantalón Chándal | |
| Nº Pie | |