



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

<input type="checkbox"/> Pago único	<input type="checkbox"/> 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	