



CURSILLOS DE NATACIÓN

**PREINSCRIPCIÓN
TEMPORADA 2017/2018**

Día:

Hora:

Recepción:

PARTICIPANTE

Nombre y apellidos:

Fecha nacimiento:

D.N.I.:

S.I.P.:

Dirección:

C.P.:

E-Mail:

Telf.:

Centro escolar:

Medicación, alergias y otros:

Primer Trimestre:

Segundo Trimestre:

Tercer Trimestre:

1 opción.- _____

1 opción.- _____

1 opción.- _____

2 opción.- _____

2 opción.- _____

2 opción.- _____

3 opción.- _____

3 opción.- _____

3 opción.- _____

AUTORIZACIÓN

El abajo firmante:

D. _____ como padre, madre o tutor con DNI _____, autoriza a su hijo/a a asistir a las actividades organizadas por piscina cubierta municipal de Silla, bajo el nombre de CURSILLOS DE NATACIÓN y a sus responsables a adoptar las decisiones que sean necesarias según su buen criterio, en caso de cualquier tipo y nivel de gravedad, bajo la dirección facultativa pertinente en el caso de serlo y según las informaciones facilitadas con anterioridad.

Así mismo, certifican que las condiciones físico-sanitarias de su hijo/a son aptas para el desarrollo de la actividad mencionada al mismo tiempo que acceden a respetar y a hacer cumplir la normativa disciplinaria de dicha actividad

Autorizo a la realización de fotos y vídeos de mi hijo/a, a poder utilizar esto para ilustrar artículos, páginas webs, redes sociales y documentos varios.

En _____,

a _____ de _____ de 20 _____

OBSERVACIONES



Firma y DNI: