



II CAMPUS DE NATACIÓN VILLA DE FRIGILIANA-CLUB NATACIÓN AXARQUÍA

Formulario de inscripción

Datos del deportista:

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ DNI: _____

Dirección: _____ Nº: _____ CP: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Club: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____

Datos del padre, madre o tutor

Nombre y apellidos: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____

Correo electrónico: _____

Datos médicos:(Incluir informe si fuese necesario)

Nº Tarjeta sanitaria: _____

ALERGIAS a medicamentos NO SI*

*Indicar cual/cuales: _____

OTRAS alergias NO SI*

*Indicar cual/cuales: _____

Otros datos que deberíamos conocer:

Autorización:

D./D^a _____ con DNI _____

Como madre/padre/tutor de _____

Autorizo a mi hijo a participar en el II Campus CNA Villa de Frigiliana

En _____ a _____ de _____ de 2017

Firmado