

IMPRESO DE INSCRIPCIÓN ESCUELA DE ATLETISMO TEMPORADA 2015/16



DATOS ALUMNO:

APELLIDOS: _____
NOMBRE: _____
FECHA DE NACIMIENTO _____
D.N.I. (si tiene): _____
DIRECCIÓN: _____

DATOS PADRE/MADRE/TUTOR/A:

NOMBRE: _____
TELÉFONO: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____
CUENTA BANCO/CAJA: _____

DOS DIAS UNICOS A LA SEMANA (MARTES Y VIERNES)

(Niños/as de 5 a 8 años: martes de 17:15 a 18:15h y viernes de 16 a 17h)
(Niños/as de 9 a 14 años: martes de 18:15 a 19:15h y viernes de 17 a 18h)

**.-AUTORIZO EL EJERCICIO DEPORTIVO, SI LA ACTIVIDAD LO REQUIERE,
FUERA DEL RECINTO DEL PABELLÓN)**

**.-AUTORIZO A LA PUBLICACION DE FOTOGRAFIAS DE MIS HIJO/AS EN
DIVERSAS ACTIVIDADES, SIEMPRE RELACIONADAS CON LA ESCUELA DE
ATLETISMO.**

FIRMA:

**.-NOTA: LOS IMPRESOS RELLENADOS DEBEN DE
ENTREGARSE A LA MONITORA EL PRIMER DIA DE CLASE.**

LA ESCUELA DE ATLETISMO SE EXTIENDE A ESPECIALIDADES COMO
LANZAMIENTOS, MARCHA, SALTOS, VALLAS, VELOCIDAD, FONDO, ETC.