



AYUNTAMIENTO DE ÍSCAR

Concejalía de Deportes



inscripción cursos de natación

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE _____ APELLIDOS _____ D.N.I. _____

DIRECCION _____ C.P. _____ LOCALIDAD _____

PROVINCIA _____ F. NACIMIENTO _____ EDAD _____ TLF. _____

CURSO QUE DESEA INSCRIBIRSE:

DÍA DE LA SEMANA	HORA	CURSO

AUTORIZACION PARA MENORES DE EDAD

D./Dña _____ con D.N.I. _____ y con domicilio en _____

C/ _____ LOCALIDAD _____ CP _____ PROVINCIA _____

Autoriza al alumno D. _____ a inscribirse en la escuela y grupo arriba indicado y aceptando que conoce y entiende las normas reguladoras de la actividad y que estoy conforme con las mismas.

Si posee algún problema de salud, indique cual es y su tratamiento:

En Íscar a _____ de _____ de 2019

Firma