

RECOGIDA DE DATOS

Nombre y Apellidos					Categoría	
Fecha de nacimiento	/	/	Lugar de nacimiento			
DNI						
Entidad sanitaria que acoge al alumno: (SACYL, SANITAS, ADESLAS, MUFACE...)						
Nº de la Tarjeta Sanitaria: (CYL.....)						
Centro Escolar o Universidad						
Domicilio	Calle					
	Nº		Piso		Letra	
	CP.		Localidad			
	Teléfono fijo			Teléfono del alumno		
Nombre y apellidos del padre				Teléfono		DNI
Nombre y apellidos de la madre				Teléfono		DNI
Correo electrónico donde quiere recibir las comunicaciones de la Escuela de Atletismo						
Observaciones médicas que crea oportuno indicar tales como alergias o lesiones previas relevantes.						
<p>Federarse para competir SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
<p>Material</p> <p>Camiseta calentamiento <input type="checkbox"/> Camiseta manga larga <input type="checkbox"/></p> <p>Pantalón Corto <input type="checkbox"/></p> <p>Sudadera <input type="checkbox"/> Chubasquero <input type="checkbox"/></p> <p><small>*MARCAR LA TALLA EN EL RECUADRO SEGÚN LO QUE TE CORRESPONDA ESPECIFICADO EN LA HOJA DE INFORMACIÓN</small></p>						
<p>Doy mi autorización para la publicación en la página web y RRSS de la escuela de fotos captadas en las horas de entrenamiento y competición: MARCAR CON UNA X</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <u>Firma:</u></p>						
<p>Rellene este documento con los datos indicados. Todos los campos son <u>OBLIGATORIOS</u>.</p>						