

RECOGIDA DE DATOS

Nombre y Apellidos						Categoría	
Fecha de nacimiento		/	/	Lugar de nacimiento			
DNI del alumno							
Entidad sanitaria que acoge al alumno: (SACYL, SANITAS, ADESLAS, MUFACE...)							
Nº de la Tarjeta Sanitaria: (CYL.....)							
Centro Escolar							
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.							

Reducción por hermano
 (Marcar en el de menor edad)

Días de entrenamiento (subrayar los días elegidos)

Martes y Jueves

Rellene este documento con los datos indicados. Todos los campos son **OBLIGATORIOS**.

Federarse para competir

SI

NO

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 UNAX**

SI

NO

Firma tutor: