



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.										
Federarse para competir SI ☐ NO ☐										
Camiseta calentamiento ☐ Camiseta manga larga ☐ <u>Material</u> Pantalón Corto ☐ Sudadera ☐ Chubasquero ☐										
*MARCAR LA TALLA EN EL RECUADRO SEGÚN LO QUE TE CORRESPONDA ESPECIFICADO EN LA HOJA DE INFORMACIÓN										
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: _____										
Rellene este documento con los datos indicados. Todos los campos son <u>OBLIGATORIOS</u> .										