

SOLICITUD ESCUELAS DEPORTIVAS DE VERANO

SOL·LICITUD ESCOLES ESPORTIVES D'ESTIU

Datos del Padre/Madre/Tutor

Dades del Pare/Mare/Tutor

| | |
|---|---------------|
| <i>Apellidos y Nombre</i> <i>Cognoms i Nom</i> | <i>N.I.F.</i> |
|---|---------------|

| |
|-----------------------------------|
| <i>Dirección</i> <i>Adreça</i> |
|-----------------------------------|

| | |
|---|---------------|
| <i>Teléfono/s de contacto</i> <i>Telèfon/s de contacte</i> | <i>E-Mail</i> |
|---|---------------|

Datos del alumno

Dades de l'alumne

| | |
|---|---|
| <i>Apellidos y Nombre</i> <i>Cognoms i Nom</i> | <i>Fecha de nacimiento</i> <i>Fetxa de naiximent</i> |
|---|---|

| | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 75 € MES | <input type="checkbox"/> JULIO | <input type="checkbox"/> AGOSTO |
| <input type="checkbox"/> 40 € ½ MES | <input type="checkbox"/> JULIOL | <input type="checkbox"/> AGOST |

| | | |
|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| TRANSPORTE 10 € | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| TRANSPORT 10 € | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

| |
|---|
| Cuestionario Médico / Qüestionari Mèdic |
| ¿Padece su hijo/a algún tipo de enfermedad?(En caso afirmativo, indicar) Pateix el seu filla/a algún tipus d'enfermetat? (En cas afirmatiu, indicar) |
| ¿Tiene alguna limitación para la práctica del ejercicio físico?(En caso afirmativo, indicar) Té alguna limitació per a la pràctica d'exercisi físic? (En cas afirmatiu, indicar) |
| ¿Es alérgico/a a algo?(En caso afirmativo, indicar) És al·lèrgic a algo? (En cas afirmatiu, indicar) |
| Observaciones de interés/ Observacions d'interés: |

