



**HOJA DE INSCRIPCIÓN
I CLINIC FEMENINO 2018
JUNIO AL 29 DE JUNIO**

DEL 25 DE

DATO PERSONALES

Apellidos:	<input type="text"/>	Nombre:	<input type="text"/>
Fecha Nacimiento:	<input type="text"/>	Edad:	<input type="text"/>
	/ /	Talla Camiseta:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>	Nº	<input type="text"/>
		Piso:	<input type="text"/>
Ciudad:	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>
		Telefono Fijo:	<input type="text"/>
Colegio / Instituto:	<input type="text"/>		
Nombre Padre:	<input type="text"/>	Movil:	<input type="text"/>
Mail Padre:	<input type="text"/>		
Nombre Madre:	<input type="text"/>	Movil:	<input type="text"/>
Mail Madre:	<input type="text"/>		

DATOS DEPORTIVOS

Club/ Escuela Deportiva:	<input type="text"/>
Posición/es que ocupa en el campo	<input type="text"/>
Pierna principal de golpeo	<input type="text"/>
Aspecto que considera de mejora	<input type="text"/>

AUTORIZACIONES

Autorizo a mi hijo/a para que asista al	<input type="text"/>		
a celebrar en las instalaciones de	<input type="text"/>		
durante la semana:	<input type="text"/>		
Nombre del Padre / Madre o Tutor	<input type="text"/>	D.N.I.	<input type="text"/>
Autorizo a Servalabari a utilizar cualquier material reprografico que se grave durante las actividades que se realizan sin derecho a ninguna prestación economica.			
Fecha de inscripción:	<input type="text"/>	Firma:	<input type="text"/>

DATOS DE INTERES

Si su hijo padece alguna enfermedad o trastorno, le rogamos lo especifique a continuacion:

* Enfermedad o trastorno:	<input type="text"/>
* Tratamiento a seguir:	<input type="text"/>

La autorización paterna para los menores de edad, implica el reconocimiento de la aptitud medica para practicar actividades deportivas y su autosuficiencia en caso de discapacidad del alumno.

CUENTA DE INGRESO LA CAIXA: ES0621007125112300092770 BENEFICIARIO SERVALABARI S.E.A.F