

DATO PERSONALES

Apellidos: Nombre:

Fecha Nacimiento: / / Edad: Talla Camiseta:

Dirección: Nº: Piso:

Ciudad: C.P.: Telefono Fijo:

Colegio / Instituto:

Club/ Escuela Deportiva:

Nombre Padre: Movil:

Mail Padre:

Nombre Madre: Movil:

Mail Madre:

AUTORIZACIONES

Autorizo a mi hijo/a para que asista al
a celebrar en las instalaciones de
durante la quincena / mes de

Nombre del Padre / Madre o Tutor D.N.I.

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: / / Firma:

DATOS DE INTERES

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

* Enfermedad o trastorno:

* Tratamiento a seguir: