

DATO PERSONALES

Apellidos:	Nombre:	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Fecha Nacimiento:	Edad:	Talla Camiseta:
<input style="width: 25%;" type="text"/> / <input style="width: 25%;" type="text"/> / <input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/>
Dirección:	Nº	Piso:
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/>
Ciudad:	C.P.	Telefono Fijo:
<input style="width: 45%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/>
Colegio / Instituto:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Nombre Padre:	<input style="width: 25%;" type="text"/>	Movil: <input style="width: 45%;" type="text"/>
Mail Padre:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Nombre Madre:	<input style="width: 25%;" type="text"/>	Movil: <input style="width: 45%;" type="text"/>
Mail Madre:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	

DATOS DEPORTIVOS

Club/ Escuela Deportiva:	<input style="width: 65%;" type="text"/>
Posición/es que ocupa en el campo	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Pierna principal de golpeo	<input style="width: 55%;" type="text"/>
Aspecto que considera de mejora	<input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>

AUTORIZACIONES

Autorizo a mi hijo/a para que asista al	<input style="width: 65%;" type="text"/>
a celebrar en las instalaciones de	<input style="width: 95%;" type="text"/>
durante la semana:	<input style="width: 55%;" type="text"/>
Nombre del Padre / Madre o Tutor	<input style="width: 25%;" type="text"/> D.N.I. <input style="width: 25%;" type="text"/>
<small>Autorizo a Servalabari a utilizar cualquier material reprografico que se grave durante las actividades que se realizan sin derecho a ninguna prestación economica.</small>	
Fecha de inscripción:	<input style="width: 25%;" type="text"/> / <input style="width: 25%;" type="text"/> / <input style="width: 25%;" type="text"/> Firma: <input style="width: 45%;" type="text"/>

DATOS DE INTERES

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

* Enfermedad o trastorno:	<input style="width: 70%;" type="text"/>
* Tratamiento a seguir:	<input style="width: 95%;" 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

ENVIAR JUSTIFICANTE DE PAGO (PONER NOMBRE Y APELLIDOS ALUMNO EN OBSERVACIONES) Y HOJA DE INSCRIPCIÓN POR WHATSAPP O CORREO ELECTRÓNICO