

## INSCRIPCIÓN I CLÍNICA PARA PORTEROS 2015

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE.....**

**NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR.....**  
.....

**DIRECCIÓN.....**  
.....

**TELÉFONOS DE CONTACTO.....**  
.....

**DATOS DE INTERÉS: Alergias, problemas físicos, medicaciones o cualquier dato que deba saber el entrenador**  
.....  
.....

**DÍAS QUE VA A ASISTIR AL CLINIC.....**  
.....  
.....

**Firma:**

Se ruega traer una fotocopia de la cartilla de la seguridad social por si es necesario usarla en el caso de que exista alguna emergencia.

\*Autorizo a mi hijo/a a que asista al Clínic para Portereros que se realizará en las instalaciones de la A. D. Esperanza y hago extensiva esta autorización a las decisiones médicas que fuese necesario adoptar, en caso de extrema urgencia y bajo la adecuada dirección médica. Renunciando a exigencias por mi parte hacia los organizadores, por lesiones que puedan originarse durante las prácticas de las actividades a realizar en el clínic.