

INSCRIPCIÓN II CLÍNICA PARA PORTEROS 2015

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE

.....

NOMBRE DEL PADRE, MADRE OTUTOR

.....

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.

Telf. Organizadores: Simón (649097512) - Antonio (699276360)