

LINCES SAN PEDRO BALONCESTO



TEMPORADA: **2017/2018**
Fecha alta: _____

DATOS JUGADOR

Apellidos:		Nombre:	
Fecha de nacimiento:		D.N.I.:	Nº de la Seguridad Social
Domicilio:			Localidad y C.P.
Telefono fijo de casa:		Telefono Movil del niño/a	Otro
E-mail del jugador		Colegio/Ito. y localidad	Curso
¿Ha practicado alguna actividad deportiva con anterioridad? Indique cual es:			
Estatura:	Peso:	Nota media curso anterior:	

DATOS DE LOS PADRES, TUTORES LEGALES o PERSONA DE CONTACTO

Nombre del padre:			
Nombre de la madre:			
Email:		Email 2:	
Móvil padre:	Móvil madre:	Movil donde quiere que se mande la información	

OTROS DATOS

Alergias, medicación o tratamientos			
Lesiones deportivas			
¿Cómo nos has conocido?			
Otros datos de interés			
Profesion del Padre (opcional)		Profesion de la Madre (opcional)	
Empresa		Empresa	
Telf. Contacto		Telf contacto	

Adjuntar 1 fotografía tamaño carnet y fotocopia del DNI o pasaporte y de la Seguridad Social o enviar por whatsapp 633154420

AUTORIZACION

D/Dª (padre/madre/tutor) _____ autorizo a mi hijo/a a tomar parte en toda actividad que el Club D. Albatros organice, y a su vez asumir las responsabilidades por accidente o lesiones que se produjeran durante el desarrollo de la actividad deportiva a exonerando al club de cualquier responsabilidad o indemnización por el mismo.

Tambien autorizo el uso de cualquier imagen tomada dentro del desarrollo de la practica deportiva. Y que pueda ser utilizada a criterio de la entidad en aras de promoción de la misma a traves de los medios de comunicación, web, carteleria, prensa, etc

Declaro que mi hijo/a no padece enfermedad o patologia que le impida realizar la actividad a la que lo/a inscribo, y su medico lo tiene calificado como APTO/A para la misma

firma: _____