

CAMPUS DE BALONCESTO “DISTRITO SALUD – LA SALLE 2019”

Nacidos entre 2004 y 2014

FICHA DE INSCRIPCIÓN

(Rellenar y enviar al correo cbtenerifcentral@gmail.com o presencial en la Oficina de Distrito Salud – La Salle, Avda. Madrid, 2)

Inscripción: (elegir lugar a realizar el campus):

CAMPUS PABELLÓN LA SALUD

CAMPUS PACO ALVAREZ Y ANEXO

Nombre y apellidos:	
Dirección:	
Población:	
C.P.:	Federado: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fecha nacimiento:	Talla de camiseta:
Teléfono padres: Móviles:	Fijo:
Nº seguridad social:	

Personas autorizadas: (poner nombre, apellidos y DNI de quien recoge)
1-
2-
3-
Enfermedades:
Baloncesto Adaptado: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Discapacidad auditiva: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lesiones deportivas que padece o ha padecido:
Alergias alimenticias o medicamentos:
Otras alergias/lesiones:

AUTORIZACION:

D./ Dña.con D.N.I.....
padre / madre o tutor,
Autorizo a que mi hijo/a participe en el CAMPUS DE BALONCESTO “DISTRITO SALUD-LA SALLE SANTA CRUZ 201”, organizado por el Distrito Salud – La Salle y el CB Tenerife Central con la colaboración del OAD del Excmo. Ayto. de Santa Cruz de Tenerife, así como en todas las actividades complementarias que se desarrollen. Asimismo, declaro que he sido informado de estas actividades y que he comunicado a los responsables del campus que mi hijo es apto para la práctica de cualquier deporte o actividad, autorizando su atención médica si fuese necesario.

Es necesaria la firma de ambos conyugues

FIRMA PADRE:
Dni:

FECHA:

FIRMA MADRE:
Dni:

FIRMA TUTOR:
Dni:

* Marcar con una X si no permito la utilización de la toma de imágenes de mi hijo/a: