



FICHA ACTIVIDADES

Ayuntamiento de Puentes Viejas

DATOS

Apellidos y nombre.....
Dirección.....
Localidad.....Código Postal.....Teléfono/ s.....
E-mail.....
Edad.....Fecha de nacimiento.....
Centro escolar.....
Curso.....

Actividad:

<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Indique que día de la semana podría asistir a estos cursos:

- Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

¿Padece su hijo alguna enfermedad / dolencia / alergia o característica física o psicológica que pudiera afectarle durante la actividad?

¿Toma alguna medicación?

AUTORIZACIÓN PATERNA / RESPONSABLE

D..... autorizamos a nuestro/a hijo/a
:.....a participar en las actividades
deportivas organizadas por el Ayuntamiento de Puentes Viejas

En..... adede 201

FIRMA DEL RESPONSABLE

DNI: