

CAMPUS EF MAREO LOGROÑO



INSCRIPCIÓN

Nombre			
1º Apellido			
2º Apellido			
Calle		Nº	Piso
Localidad		C.P.	Provincia
Modalidad		Permanente <input type="checkbox"/>	Diario <input type="checkbox"/>
Fecha nacimiento		Edad	
Nombre Padre / Tutor			
Telf. particular		Telf. Urgente	
E-mail			
Observaciones médicas			
Otros datos de interés			
Si juega de portero, marcar con una x <input type="checkbox"/>			
Nº cuenta de domiciliación del pago			
Entidad	Oficina	D.C.	Número Cuenta
Titular Cuenta			

D. (padre, madre o tutor)

D.N.I.:

AUTORIZO a mi hijo/a para que asista a las actividades mencionadas. Se hace extensiva esta autorización a las decisiones médico-quirúrgicas que fuese necesario adoptaren caso de extrema urgencia, bajo la dirección médica, renunciando a exigir responsabilidad alguna por lesión que se pudiera originar en las prácticas que se realizan en el CAMPUS, que asumo en su totalidad.

Fdo.: