



Servizo Municipal de Deportes

DATOS DA PERSOA PARTICIPANTE									
APELIDOS:				NOME:					
DNI:		DATA NACEMENTO:			E-MAIL:				
RÚA:						N.º:			
ANDAR:		LETRA:			CÓDIGO POSTAL:				
LOCALIDADE:									
TELÉFONO 1:				TELÉFONO 2:					
DISCAPACIDADE: Tipo				GRAO:		DEPENDENTE:		SI	NON

SABE NADAR			
SI		NON	

DATOS DA PERSOA TITORA			
APELIDOS:			NOME:
DNI:			

PERSOA E TELÉFONO DE CONTACTO DURANTE A ACTIVIDADE			
NOME E APELIDOS:			Teléfono móbil:

GRUPO E QUENDA NO QUE SE INSCRIBE					
GRUPO 6-8 ANOS:		GRUPO 9-12 ANOS:			
QUENDA 1:		QUENDA 2:			
HORARIO AMPLIADO 08:00-09:00 h:		HORA SAÍDA	14:00 h.	14:30 h.	

E DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE:

- Que son certos os datos facilitados.
- Que non padezo ningunha enfermidade que me incapacite para practicar a devandita actividade deportiva (Nota: o Servizo Municipal de Deportes resérvase a facultade de requirir o certificado médico de idoneidade do/a participante, nos casos que considere oportunos).
- Que coñezo e acepto todas e cada unha das condicións da convocatoria publicada na páxina web municipal na data de sinatura do presente documento.

AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA USAR A IMAXE:

AUTORIZO a toma de imaxes ou gravación de vídeos, durante o desenvolvemento das actividades, onde poida aparecer de forma puntual, para que se publiquen na páxina web do Concello da Coruña ou nas redes sociais do propio concello: SI / NON

A Coruña, a _____ de decembro de 2022

Sinatura do pai/nai ou titor/a arriba indicado/a