

	BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN SALA MUSCULACIÓN Área de Deportes	 MD04-V1
Datos del participante		
Nombre:		
Fecha Nacimiento:	Edad:	D.N.I. :
Dirección:	Teléfono:	
Hacer constar si padece algún tipo de alergia o enfermedad bajo tratamiento.		
¡! IMPORTANTE ¡!		
Antes de iniciar las clases deberían pasar por un reconocimiento médico.		
Declaro estar capacitado/a para la realización de esta actividad Físico Deportiva.		
Acepto que existen riesgos asociados con la practica deportiva, y por ello descarga de toda la responsabilidad a la organización de la misma.		
Que deseando utilizar el gimnasio del Pabellón, cuidando el equipamiento deportivo, en los horarios establecidos por la Concejalía de Deportes del Ayto. de Beas, SOLICITO tenga por admitida la presente inscripción.		
En Beas, ____ de _____ de 201__		Firma

	BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN SALA MUSCULACIÓN Área de Deportes	
Datos del participante		
Nombre:		
Fecha Nacimiento:	Edad:	D.N.I. :
Dirección:	Teléfono:	
Hacer constar si padece algún tipo de alergia o enfermedad bajo tratamiento.		
¡! IMPORTANTE ¡!		
Antes de iniciar las clases deberían pasar por un reconocimiento médico.		
Declaro estar capacitado/a para la realización de esta actividad Físico Deportiva.		
Acepto que existen riesgos asociados con la practica deportiva, y por ello descarga de toda la responsabilidad a la organización de la misma.		
Que deseando utilizar el gimnasio del Pabellón, cuidando el equipamiento deportivo, en los horarios establecidos por la Concejalía de Deportes del Ayto. de Beas, SOLICITO tenga por admitida la presente inscripción.		
En Beas, ____ de _____ de 201__		Firma

