

	Datos Registro. EXPTE.:	 AREA DE DEPORTES
--	--------------------------------	---

DECLARACIÓN DE NO REALIZACIÓN DE RECONOCIMIENTO MÉDICO. ADULTOS

Declaración responsable

Don/Doña (nombre y apellidos),		
Con NIF / CIF núm		
y domicilio en (calle, piso, letra):		
Localidad:	Provincia:	C.P:

DECLARO que bajo mi responsabilidad voy a practicar la/s actividad/es de:

Asumiendo la NO REALIZACIÓN de un reconocimiento médico previo que valore mi estado de salud para la práctica deportiva.

Lugar y Fecha	/	/201
Firma del interesado		

Autorizo a recibir comunicaciones electrónicas vía correo electrónico o SMS relativas a Concejalía Deportes.