



Datos Registro.

EXpte.:



AREA DE DEPORTES

DECLARACIÓN DE NO REALIZACIÓN DE RECONOCIMIENTO MÉDICO. MENOR DE EDAD

Declaración responsable

Don/Doña (nombre y apellidos),
con DNI/NIF núm ,
y domicilio en (calle, piso, letra)

Localidad

Provincia

C.P

Como Padre Madre Tutor , del alumno:

DECLARO que bajo mi responsabilidad, va a practicar la/s actividad/es de

asumiendo la NO REALIZACIÓN de un reconocimiento médico previo que valore su 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.