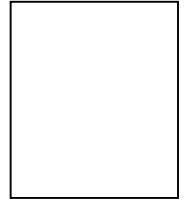


INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE DE CENTRO

CENTRO RECREATIVO MUNICIPAL DE ATASTA

FICHA DE INSCRIPCIÓN



DISCIPLINA (S) _____

HORARIO: _____ DIAS: LUNES, MIERCOLES Y VIERNES ()

MARTES, JUEVES Y SÁBADOS ()

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

EDAD: _____ SEXO: FEMENINO () MASCULINO ()

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONO CASA: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

ESCUELA DONDE ESTUDIA, GRADO Y GRUPO: _____

¿SE ENCUENTRA CLINICAMENTE SANA?: SI () NO ()

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? ¿CUÁL? _____

¿HA PRACTICADO ANTES ESTE DEPORTE? SI () NO ()

¿PORQUE QUIERE PRACTICARLO? _____

FIRMA DEL PADRE O TUTOR
