

**INICIACIÓN DEPORTIVA****SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

FECHA: \_\_\_\_\_

DISCIPLINA(S): \_\_\_\_\_

HORARIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ALUMNO(A): \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

¿Cuenta con servicio médico?: SI ( ) NO ( )

¿Cuál?: 

IMSS	ISSSTE	ISSET	PARTICULAR	OTRO	
------	--------	-------	------------	------	--

Lesiones: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna indicación médica especial que debemos tomar en cuenta durante su estancia en las actividades de iniciación deportiva?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de urgencia comunicarse con C. \_\_\_\_\_

Tel. casa: \_\_\_\_\_ Tel. trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona autorizada para recoger al niño	PARENTESCO
1.-	
2.-	

Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) ingrese a las ACTIVIDADES PERMANENTES, del Instituto Municipal del Deporte de Centro, bajo mi propio riesgo y responsabilidad sabiendo de antemano que estará en actividad física constante, por lo que expresamente EXIMO DE TODA RESPONSABILIDAD al H. Ayuntamiento Constitucional de Centro y en lo particular al Instituto Municipal del Deporte de Centro, derivada de todo acontecimiento, hecho o acto que pudiese suceder durante la práctica de las clases programadas de iniciación deportiva, así como de sus consecuencias mediatas, inmediatas o remotas que pudieran afectarle.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR