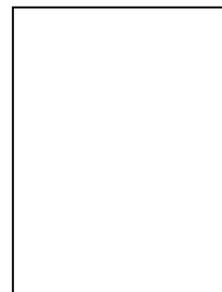




ESCUELA DE ATLETISMO



APELLIDOS:	
NOMBRE:	
DOMICILIO:	
LOCALIDAD:	
Nº D.N.I. (con letra):	Niño, padre o madre (Señalar lo que proceda)
FECHA NACIMIENTO:	
TELÉFONOS:	
NOMBRE DEL PADRE:	
NOMBRE DE LA MADRE:	
COLEGIO:	
TALLA DE ROPA:	
CORREO ELECTRÓNICO:	

DETALLES MÉDICOS A RESEÑAR:
OBSERVACIONES:

Así mismo autorizo a la grabación, reproducción y difusión de imágenes que puedan ser tomadas durante el desarrollo del Programa (entrenamientos, competición, etc.), en cualquier formato y/o soporte (electrónico, telemáticos, papel, etc.).

S. S. Reyes a de de 20....

Fdo.: