



BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS CONCEJALÍA DE DEPORTES Y JUVENTUD

Las ficha de inscripción se podrá mandar al correo electrónico oficinadelavirgendeportes@gmail.com a partir del Miércoles 22 de Septiembre de 2021 a las 8:15 h. Una vez confirmada la plaza, habrá que efectuar el pago de la actividad.

DATOS DEL PARTICIPANTE ESCUELAS DEPORTIVAS – ACTIVIDADES INFANTILES

ACTIVIDADES

| | | | |
|------------|----------------------|-------|--------|
| Apellidos: | Nombre: | | |
| Dirección: | Numero: | Piso: | C.P. |
| Localidad: | Provincia: | | |
| E-mail: | Teléfonos: | | |
| Sexo: | Fecha de Nacimiento: | | D.N.I. |

DATOS DEL PADRE / MADRE / TUTOR LEGAL RESPONSABLE

| | | | |
|------------|------------|-------|---------|
| Apellidos: | Nombre: | | |
| Dirección: | Numero: | Piso: | C.P.: |
| Localidad: | Provincia: | | D.N.I.: |

Teléfonos de contacto durante la actividad:

MAYORES DE EDAD

Manifiesto mi compromiso de aceptar todas las condiciones generales de la actividad. Asimismo manifiesto que soy apto para acceder a la actividad y no padezco ninguna enfermedad infecto-contagiosa que lo impida. También autorizo las decisiones medico-quirúrgicas que fuesen necesario adoptar en caso de extrema urgencia, bajo la adecuada dirección facultativa y **DECLARO** ser ciertos los datos arriba indicados

....., a..... de de 20

Firma del participante

MENORES DE EDAD

(A RELLENAR POR EL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL RESPONSABLE)

D./DÑA. con D.N.I.....

En calidad de..... AUTORIZA a.....

A asistir a la actividad solicitada, de acuerdo con las condiciones de la convocatoria. Manifiesto que es apto para acceder a la actividad y que no padece ninguna enfermedad infecto-contagiosa que lo impida. También autorizo las decisiones medico-quirúrgicas que fuesen necesario adoptar en caso de extrema urgencia, bajo la adecuada dirección facultativa y **DECLARO** ser ciertos los datos arriba indicados.

....., a..... de de 2021

Firma del padre, madre o tutor legal

REQUISITOS Y DOCUMENTACION QUE DEBERAN ACOMPAÑAR

1. Ficha de Inscripción y Declaración Responsable COVID-19 Actividades Deportivas
2. Recibo original del ingreso de la cuota (**UNA VEZ CONFIRMADA LA PLAZA**)
3. Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria de la Seguridad Social y/o Seguro Médico de que disponga si la actividad lo requiere.

ILMO. SR. ALCALDE DEL AYUNTAMIENTO DE VALVERDE DE LA VIRGEN

DECLARACIÓN RESPONSABLE COVID-19 ACTIVIDADES DEPORTIVAS

D. / DÑA. _____ con D.N.I.
_____ en calidad de padre / madre / tutor

DECLARO

Que el participante con Nombre y Apellidos _____ en los catorce días previos al inicio de la actividad:

- No ha presentado sintomatología (tos, fiebre, dificultad al respirar, etc.) que pudieran estar asociados con el COVID-19.
- No ha estado en contacto estrecho con convivientes, familiares o personas que presentaban síntomas vinculados al COVID 19.

En Valverde de la Virgen a ____ de _____ de 2021