

MATRICULACIÓN CLÍNIC PORTEROS

NOMBRE		APELLIDOS	
FECHA NAC.		TELÉFONO 1	
TELÉFONO 1		TELÉFONO 2	
MAIL			
¿EQUIPO?			¿CATEGORÍA?
PADECE ENFERMEDAD	SI	NO	ESPECIFIQUE CUAL <small>(En caso de ser afirmativa pregunta anterior)</small>

En caso de enfermedad debe entregar por escrito las aclaraciones e indicaciones necesarias, así como cualquier circunstancia que debamos saber.

MARQUE EL TURNO EN EL QUE SE MATRICULA	
1º Turno: DEL 3 AL 7 DE JULIO	
2º Turno: DEL 10 AL 14 DE JULIO	
3º Turno: DEL 17 AL 21 DE JULIO	
4º Turno: DEL 24 AL 28 DE JULIO	

AUTORIZACIÓN (Rellenar en caso de alumno/a menor de edad)

D/Dña _____ con D.N.I. _____ autoriza a su hijo/a _____ a participar en el Clínic de porteros "CP Mijas" y en todas las actividades que allí se realicen y manifiesta que el estado de salud de su hijo/a es adecuado/a para la práctica de actividad física bajo el control de sus entrenadores, renunciando a exigir responsabilidad alguna por lesión que se pudiera originar en las prácticas que se realizará en el clínic, así como algún tipo de contagio infeccioso que se pueda producir en el mismo. A su vez doy permiso a los responsables del clínic para tomar las medidas necesarias en el caso de que mi hijo/a no respete las normas básicas de convivencia.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma
Padre, madre, tutor/a.

	No doy permiso para que se realicen fotografías o vídeos de mi hijo/a para que aparezcan en los diferentes medios de comunicación del municipio así como en las diferentes redes sociales y páginas web del patronato municipal de deportes de Mijas, cuyo fin es la de conservar y promocionar la actividad realizada.
--	---

	Autorizo a que mi hijo/a o representado /a legal se vaya solo a casa cuando finalice la jornada de campus, sin que ningún adulto se responsabilice de acompañarlo/a y comprendo que no se permitirá salir al recinto sin la autorización correspondiente.
--	---