

Alumno/a: .....

Fecha de alta: .....

Curso:..... edad: ..... Fecha de Nacimiento:..... Teléfonos: .....

Correo electrónico: .....

Nombre del padre: .....

Nombre de la madre: .....

Dirección: .....

Localidad: ..... C.P.: .....

1. Si su hijo/a padeció o padece alguna enfermedad (física o psicológica) o lesión que influyera en la práctica de la actividad elegida, rogamos lo detallen a continuación para actuar en consecuencia. Asimismo si durante el curso escolar surgiera algún problema de salud a tener en cuenta, lo deberán comunicar al monitor-a de la actividad para estar debidamente informado, de lo contrario la responsabilidad será de los padres del alumno/a.

❖ Mi hijo/a padeció: .....

.....

❖ Mi hijo/a padece actualmente: .....

### Forma de Pago: metálico al monitor-a

- 40€/mes. De 8,00 a 9,00 h.
- 3€ días sueltos.
- La cuota se abonará del 1 al 5 del mes. No admitimos cobros a mes vencido



Rogamos firme a continuación aprobando y declarando los conceptos que a continuación exponemos:

- ❖ Autorización para la práctica de la actividad elegida
- ❖ Declaración expuesta en el apartado 1

Murcia, de 201  
Firma padre, madre o tutor: