



La Escuela

Club de Atletismo Boadilla del Monte

escuela@atletismoboadilla.com

Teléfono: 658 517 514

DECLARACIÓN DE NO REALIZACIÓN DE RECONOCIMIENTO MÉDICO. MENOR DE EDAD

DECLARACIÓN RESPONSABLE

Don/Doña

1 ^{er} Apellido		NIF/Pasaporte	
2 ^{do} Apellido		Teléfono contacto	
Nombre			
Domicilio			

Como padre/madre/tutor del alumno

1 ^{er} Apellido		NIF/Pasaporte	
2 ^{do} Apellido		Sexo (H/M)	
Nombre		Fecha nacimiento	

DECLARO que, bajo mi responsabilidad, va a practicar las actividades de la Escuela de Atletismo asumiendo la NO REALIZACIÓN de un reconocimiento médico previo que valore su estado de salud para la práctica deportiva.

Fecha:

Firma del responsable: