

Gimnasia Artística y Trampolín Club Ciclista Paraná

Apellido y Nombre:

Fecha de nacimiento:...../...../.....Edad

DNI:

Domicilio:

Localidad:

Teléfono Fijo: Celular del Contacto:

E-mail.



(Se enviara información o cualquier imprevisto a través de este correo electrónico)

Colegio al que asiste Turno:

Centro asistencial de preferencia: **(en caso de urgencia)**

Obra Social: Grupo sanguíneo RH

Alérgico: Si - No A qué?

Nombre y Apellido (Madre) Celular **1**

Nombre y Apellido (Padre) Celular **2**

Celular que preferimos se incluya en Grupo de Whatsapp para recibir información celular **1** celular **2**

Por medio de la presente autorizo a mi niño/a a practicar este deporte presentando el certificado médico

Aceptando los términos de convivencia y conociendo el régimen arancelario

OBSERVACIONES:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma del Padre, Madre ó Tutor

Aclaración

Grupo al que asiste
Días: <input type="text"/>
Horarios: <input type="text"/>