



FICHA INSCRIPCIÓN

FOTO

DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA

Nombre	1º Apellido	2º Apellido	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
F. Nacimiento	Domicilio	Municipio	C.P.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	DNI/NIE	E-mail	Licencia Triatlón
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DEL PADRE/TUTOR

Nombre	1º apellido	2º apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	DNI/NIE	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DE LA MADRE/TUTORA

Nombre	1º apellido	2º apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	DNI/NIE	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LOS E-MAILS SON IMPRESCINDIBLES Y NECESARIOS PARA UNA CORRECTA Y RÁPIDA COMUNICACIÓN. También es preciso rellenar *TODOS LOS APARTADOS* con el fin de tener una base de datos fiable.

DATOS ECONOMICOS

IBAN	Entidad	Sucursal	DC	Cuenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Encuesta médica

1. Padece alguna enfermedad o lesión crónica. SI NO

En caso afirmativo indique cual:

2. Tiene algún tipo de discapacidad diagnosticada. SI NO

En caso afirmativo indique cual:

3. Padece alguna incompatibilidad alimentaria y/o toma medicación. SI NO

En caso afirmativo indique cual:

4. Padece o ha padecido epilepsia o patología similar. SI NO

En caso afirmativo adjunte informe médico.

En el caso de que alguna respuesta sea afirmativa será necesaria autorización médica.

En el caso de que alguno de los datos de este documento sufra modificación durante el transcurso de la temporada será necesario notificarlo por escrito.