



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			
2 ^{do} Apellido			
Nombre		NIF/Pasaporte	
Domicilio			
Localidad		Código Postal	

Como Padre/Madre/Tutor , del alumno:

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

DECLARO que bajo mi responsabilidad, va a practicar la/s actividad/es de atletismo, asumiendo la NO REALIZACIÓN de un reconocimiento médico previo que valore su estado de salud para la práctica deportiva.

Lugar y Fecha

/ /201

Firma del interesado