



FOTO

FORMULARIO INSCRIPCIÓN. CURSO 20__/20__

ESCUELA DEPORTE ADAPTADO

NOMBRE:	
APELLIDOS:	
DNI:	*Nº ASOCIADO:
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
DOMICILIO:	
POBLACIÓN:	CÓDIGO POSTAL:
E-MAIL:	
Nº CUENTA BANCO: ES _ _ _ _ _ - - - - -	CUOTA: ___ 23 ___ € <small>*La firma de este formulario autoriza a la Asociación Lantana a domiciliar el pago de la cuota especificada anteriormente de forma mensual (23€/MES).</small>
TIPO DE DISCAPACIDAD:	
PORCENTAJE DISCAPACIDAD:	
DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA DISCAPACIDAD:	
CARACTERÍSTICAS DEL ALUMN@ (INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EL MONITOR):	
DEPORTES ADAPTADOS DE INTERÉS:	
DÍAS ASISTENCIA: LUNES <input type="checkbox"/> MARTES <input type="checkbox"/> MIERCOLES <input type="checkbox"/>	
¿ASISTE A ALGÚN CENTRO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>. ¿CUÁL?:	
NOMBRE DEL PADRE: _____	TELÉFONO: _____
NOMBRE DE LA MADRE: _____	TELÉFONO: _____
NOMBRE DEL TUTOR/A: _____	TELÉFONO: _____

*Fdo.:

*A CUMPLIMENTAR POR LA ASOCIACIÓN LANTANA.

En _____ a _____ de _____ de 20__

*El arriba firmante acepta las condiciones que se establecen en las bases de la Escuela de Deporte Adaptado.