



DATOS DEL ATLETA

- Nombre y apellidos: _____
 - Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
 - Curso y clase: _____
-

DATOS FAMILIARES / DE CONTACTO

- Nombre del padre/madre/tutor/a: _____
 - Teléfono de contacto: _____
 - Dirección: _____
-

AUTORIZACIÓN Y SELECCIÓN DE DÍA/S DE ASISTENCIA

La actividad de **Atletismo** se desarrollará en las instalaciones del centro escolar los **martes y/o jueves de 16:00 a 17:00 h.**

- ☐ Martes
☐ Jueves
☐ Ambos días

Autorizo a mi hijo/a a participar en la actividad extraescolar de **atletismo** en el horario indicado.

Firma del padre/madre/tutor/a: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN ADICIONAL (opcional)

- ¿El alumno/a presenta alguna condición médica o alergia relevante?:

- ¿Alguna observación que debamos tener en cuenta?: