



INSCRIPCIÓN PARA LOS CURSOS DE **PILATES** 2017

QUINCENA: _____

HORA: _____

NOMBRE Y APELLIDOS: _____.

EDAD: _____. FECHA NACIMIENTO: _____. D.N.I. _____.

DOMICILIO: _____ TELF. _____.

CORREO ELECTRÓNICO: _____.

¿SABE NADAR? _____

D. o Dña. _____, se INSCRIBE al curso arriba indicado, previa revisión médica efectuada al efecto y AUTORIZA poder ser atendido en un centro médico de la Seguridad Social. Asimismo DECLARA tener conocimiento exacto de las actividades a realizar, de la existencia de unas normas organizativas para los cursos y del derecho del Servicio a reunificar o eliminar grupos. El equipo de monitores sólo se responsabilizará de los actos que de las clases se deriven, y no de los que puedan sobrevenir por el incumplimiento de las normas o fuera de los horarios de las actividades.

Úbeda, a ____ de _____ de 2017

FIRMA