

CLUB DE GIMNASIA RÍTMICA ILARGUI

Nombre y Apellidos	
Fecha de nacimiento	
Dirección	
Localidad	
Teléfono de contacto	
E-mail	
¿Realiza actividad física con regularidad?	
Deportes practicados con anterioridad y nivel alcanzado	
¿Se inicia en a Gimnasia Rítmica?	
¿Presenta algún tipo de alergia, lesión o enfermedad?	
¿Toma algún tipo de medicación?	
En caso afirmativo, ¿afecta o puede afectar en la realización de la actividad?	
¿Presenta algún tipo de discapacidad?	
En caso afirmativo, ¿puedes describir esta patología?	
Aspectos a tener en cuenta por el técnico o pautas de actuación en caso de alguna irregularidad o adaptaciones que precise	

Yo D. _____ padre/ madre/ tutor, o el propio alumno en caso de ser mayor de edad de el/la gimnasta mencionado, confirmo que los datos cedidos con anterioridad son reales y que no omito ningún dato relevante que el técnico deportivo deba tener en conocimiento, para la práctica saludable de la actividad de gimnasia rítmica.

Firmado: