



Escuela de Atletismo Grupo Alcaraz

El objetivo principal de la Escuela es promover la actividad física y el desarrollo de las distintas capacidades físicas a través de la práctica del atletismo.

Se ofrece además la posibilidad de participar junto al club en diferentes pruebas deportivas.

Todo ello a través de entrenamientos en grupo, de un plan de trabajo individualizado y un asesoramiento tanto nutricional como técnico y deportivo.

1. Rellene los datos indicados:

➤ Información del atleta.

- Nombre y apellidos:

- D.N.I:

- Fecha de nacimiento:

- Edad:

- Horario en el que va a realizar atletismo (martes y jueves):

Primer turno (18:00h)

Segundo turno (19:00h)

- Otras actividades deportivas que practique (indicar días):

- Material deportivo en casa (bicicleta, patines...):

- Lesiones a tener en cuenta:

- Observaciones:

➤ Información del padre/madre/tutor.

- Nombre y apellidos:

- D.N.I:

- Correo electrónico:

- N.º de teléfono:

- Domicilio:

- Actividad deportiva que realiza:



GRUPO ALCARAZ

Tfno: Alcaraz 620 74 87 07



2. Autorización para fotos y videos:

Desde CLUB ATLETISMO GRUPO ALCARAZ se pide el consentimiento a los padres o tutores legales para poder realizar y publicar imágenes y/o vídeos de sus hijos en las cuales aparezcan individualmente o en grupo en las diferentes actividades realizadas en las instalaciones del club o fuera del mismo.

D./D^a. _____ con NIF n^o

padre/madre/o tutor legal del niño/niña

AUTORIZAN NO AUTORIZAN

(seleccionar casilla)

a CLUB ATLETISMO GRUPO ALCARAZ a hacer uso de las fotografías o vídeos tomadas de su hijo/a, entendiendo que esta autorización tendrá valor legal durante todo el tiempo que el niño/a permanezca inscrito en el club.

3. Ficha médica del atleta (en caso afirmativo, amplíe la información debajo de la pregunta):

1. ¿Tiene su hijo/a problemas cardiovasculares (corazón)? SI NO

(seleccione la casilla)

2. ¿Padece algún tipo de alergia? SI NO

(seleccione la casilla)

3. ¿Tiene dificultades respiratorias (asma)? SI NO

(seleccione la casilla)

4. ¿Manifiesta algún problema de huesos y/o articulaciones? SI NO

(seleccione la casilla)

5. ¿Padece alguna alteración de la columna vertebral? SI NO

(seleccione la casilla)

6. ¿Padece alguna malformación en los pies (plano, cabos...)? SI NO

(seleccione la casilla)

7. Explique aquellas enfermedades y traumatismos que haya padecido y que requieran un cuidado especial:

8. Otros problemas que considere oportuno exponer y explicar:

En _____, a _____

Firmado padre, madre o tutor/a