



## Escola de BikeTrial temporada 2016-2017

Data inscripció:

\_\_\_\_\_  
FOTOGRAFIA  
DEL  
ALUMNE/A  
\_\_\_\_\_

### **DADES PERSONALS:**

Nom:

Cognoms:

Data de naixement:

Núm. Targeta Sanitària:

D.N.I.:

Alumne/a número:

### **DADES DELS PARES:**

Nom del pare:

Nom de la mare:

Telèfon pare:

Telèfon mare:

Observacions:

Adreça electrònica:

### **FITXA MÈDICA:**

Observacions mèdiques:

Al·lèrgies mèdiques:

Al·lèrgies alimentaries:

Està vacunat del tètanus ?:

### **DIES D'ENTRENAMENT:**

Dilluns

Dimecres

Dissabtes

Jo....., amb DNI.....autoritzo en/na....., a participar en els diversos exercicis i actuacions corresponents a l'Escola de BikeTrial de la Unió Ciclista Sant Cugat.

Si autoritzo a marxar sol a casa.

No autoritzo a marxar sol a casa.

Signatura.

Signatura i segell Club.