

**ICODTESA**

c/ Antonio Pérez Díaz s/n, 38430,  
Icod de Los Vinos  
922 815989, fax: 922 122323

**Ficha Inscripción**

2008.26

**DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO: \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DNI/NIF: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ BARRIO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ MOVIL: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

Sabe Nadar: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

**SELECCIÓN ACTIVIDAD**

BONO: \_\_\_\_\_

CURSILLO o ACTIVIDAD ACUÁTICA: \_\_\_\_\_ NIVEL: \_\_\_\_\_

ALUMNO NUEVO: \_\_\_\_ RENOVACIÓN ACTIVIDAD: \_\_\_\_ CAMBIO DE MODALIDAD: \_\_\_\_

ACTIVIDAD ACUATICA CURSO ANTERIOR: \_\_\_\_\_

**DATOS MÉDICOS**

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES PADECIDAS Y ACTUALES DEL USUARIO: \_\_\_\_\_

SUFRE ALGUNA MINUSVALÍA O ENFERMEDAD CRÓNICA: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

LESIONES DEPORTIVAS RECIENTES: \_\_\_\_\_

ALERGIAS A MEDICAMENTOS (CITAR): \_\_\_\_\_ OTRAS ALERGIAS: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

Don / Doña: \_\_\_\_\_ con DNI: \_\_\_\_\_ padre, madre o tutor del  
solicitante, y el solicitante en el supuesto de ser mayor de edad, AUTORIZA su inscripción en la actividad deportiva acuática  
reseñada anteriormente. Así mismo, DECLARA bajo su responsabilidad que no padece enfermedad infecto-contagiosa, ni  
contraindicaciones alguna que le imposibilite su participación en las actividades físico-deportivas acuáticas organizadas por  
ICODTESA.

En Icod de los Vinos, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

FIRMA DEL SOLICITANTE