

**AUTORIZO A MI HIJO/A A PARTICIPAR EN EL “V CAMPUS DE SEMANA SANTA TENIS-PADEL”
DE CLUB SANTO DOMINGO**

NOMBRE Y APELLIDOS SOCIO:			
NOMBRE PADRE/MADRE (de niños no socios) :			
TELEFONOS CONTACTO:			
E-MAIL:			
NOMBRE:	FECHA NAC.:	SOCO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	BUS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
NOMBRE:	FECHA NAC.:	SOCO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	BUS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
NOMBRE:	FECHA NAC.:	SOCO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	BUS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PREFERENCIA DE DEPORTE:			
		TENIS <input type="checkbox"/>	PADEL <input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES: alergias, comidas, medicamentos etc.			

En Ourense, a de marzo de 2016

1971

Fdo: