SECRETARÍA DEL BIENESTAR
AYUNTAMIENTO 2024-2027

SOLICITUD DE INGRESO A LAS ESCUELAS DE INICIACIÓN DEPORTIVA, SAN ANDRÉS CHOLULA, PUEBLA.

FOTOGRAFÍA

SAN ANDRÉS CHOLULA A ____ DE _____ DE 202____.

SAN ANDRÉS CHOLULA A ____ DE _____ DE 202____. FOLIO:

ACTIVIDAD DEPORTIVA: _____

DATOS GENERALES DE LA PERSONA SOLICITANTE:

NOMBRE (S) _____ A. PATERNO _____ A. MATERNO _____

SEXO: ☐ FEMENINO ☐ MASCULINO EDAD: _____ CURP: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO:

CALLE: _____ NÚM. EXT O INT: _____

COLONIA: _____ O JUNTA AUXILIAR: _____

MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

TIPO DE SANGRE: _____ ALERGÍAS: ☐ SI ☐ NO ¿CUÁLES? _____

¿ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTO? _____ ☐ SI ☐ NO ¿CUÁL? _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD DATOS GENERALES DEL PADRE, MADRE O PERSONA TUTORA:

NOMBRE (S) _____ A. PATERNO _____ A. MATERNO _____

CALLE: _____ NÚM. EXT O INT: _____

COLONIA: _____ O JUNTA AUXILIAR: _____

MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LA PERSONA A REGISTRARSE SE ENCUENTRA EN OPTIMO ESTADO DE SALUD PARA REALIZAR UNA ACTIVIDAD DEPORTIVA, MOTIVO POR EL CUAL AUTORIZO SU REGISTRO A LA ACTIVIDAD DEPORTIVA: _____ QUEDA BAJO MI TOTAL RESPONSABILIDAD CUALQUIER LESIÓN Y/O PROBLEMA FÍSICO QUE OCURRA DURANTE EL MISMO, LIBERO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD A LA SECRETARÍA DEL BIENESTAR, COMITÉ ORGANIZADOR; COACH, PERSONAL DIRECTIVO DEL ÁREA Y PERSONAS AUXILIARES QUE ESTÁN A CARGO DE LAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS.

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TUTORA

FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA DIRECCIÓN