

## INSCRIPCIÓN CURSO DE SOCORRISMO

NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

POBLACIÓN \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO \_\_\_\_\_ D.N.I \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE \_\_\_\_\_ D.N.I \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_ D.N.I \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD **CURSO DE SOCORRISMO** \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES O ALERGIAS \_\_\_\_\_

IMPORTE: **380 €**

PAGO: **LA CAIXA ES79 2100 3909 5002 0011 2075**

TITULAR DE LA CUENTA: COLEGIOS LAUDE, S.L.

(Indicar en el ingreso nombre y apellidos del alumno)

Firma:

Moralzarzal,        de                    de

.....  
**Documentos a aportar en Secretaría de Piscina del Laude Fontenebro School:**

- Declaración firmada de buen estado salud.
- Fotocopia DNI.
- Fotocopia del Certificado de Estudios (4º de ESO o equivalente).
- Autorización paterna (si es menor).
- Formulario de inscripción.
- Ingresar en cuenta **180 €** en concepto de reserva, que será devuelto en el caso de que el curso no se celebre.
- El resto del importe se abonará antes del **INICIO DEL CURSO**, mediante ingreso en la cuenta.

**Apellidos:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_  
**DNI:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Domicilio:** \_\_\_\_\_  
**Código Postal:** \_\_\_\_\_ **Localidad:** \_\_\_\_\_  
**Provincia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono fijo: 91** \_\_\_\_\_ **Teléfono móvil:** \_\_\_\_\_  
**e-mail:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION A MENORES Y DECLARACIÓN JURADA DE APTITUD FÍSICA Y PSÍQUICA**

**D./D<sup>a</sup>.** \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, en mi calidad de (padre, madre, tutor/a), del menor cuyos datos figuran más arriba, por medio de la presente:

**DECLARO**, bajo promesa o juramento y bajo mi entera responsabilidad, que dicho menor no padece enfermedad infecto-contagiosa, y que cuenta con las condiciones psíquicas y físicas necesarias para la realización de pruebas físicas de máximo esfuerzo fuera y dentro del agua.

Que habida cuenta que cumple con dichas condiciones, **AUTORIZO** a que dicho menor se inscriba en el curso de salvamento y socorrismo acuático impartido por la Federación Madrileña de Salvamento y Socorrismo, declarando expresamente que eximo tanto a dicha Federación, como al profesorado que imparta el curso, de aquellos daños que pudiera sufrir durante el desarrollo del curso derivados de la inexactitud de dicha declaración.

Que, asimismo, **DECLARO** haber sido informado por la Federación Madrileña de Salvamento y Socorrismo de que, en el supuesto de que tenga dudas sobre si el menor padece alguna enfermedad infecto-contagiosa y/o que cuente con las condiciones psico-físicas necesarias para la realización de pruebas de máximo esfuerzo fuera y dentro del agua, es aconsejable que, con carácter previo a la inscripción en el curso, se haga un reconocimiento médico que descarte la existencia de alguna enfermedad infecto-contagiosa y/o de algún problema que le pudiera impedir la realización de dichas pruebas en las condiciones debidas, pudiendo aportar el certificado médico acreditativo de esos extremos si así lo deseo.

Para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_  
(El nombre del pie de firma debe ir escrito a mano)



## AUTORIZACIÓN

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, titular del DNI nº \_\_\_\_\_ madre/padre/tutor/tutora, deL alumno autoriza la inscripción de D. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ en el Curso de socorrista organizado por la Federación Madrileña de Salvamento y Socorrismo, así mismo autorizo a la Federación Madrileña de Salvamento y Socorrismo a que los datos personales del alumno facilitados y en cumplimiento del art. 5 de la Ley Órgánica 15/1999 que los datos personales recogidos sean incorporados y tratados en el fichero denominado “Usuarios y/o federados” cuya titularidad es la gestión de los usuarios, federados (inscripción, cobro de los cursos y concesión-renovación de títulos y licencias) así como la programación de los cursos, e inscrito en el Registro General de Protección de Datos dependiente de la Agencia Española de Protección de Datos. El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable de tratamiento, la Federación Madrileña de Salvamento y Socorrismo, sita en Avda. Salas de los Infantes, nº 1, 28034- Madrid.

En \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

**Fdo.**  
**DN.I.**

**DECLARACIÓN JURADA DE APTITUD FÍSICA Y PSIQUICA**

**Apellidos:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_  
**DNI:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Domicilio:** \_\_\_\_\_  
**Código Postal:** \_\_\_\_\_ **Localidad:** \_\_\_\_\_  
**Provincia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono fijo:** \_\_\_\_\_ **91** **Teléfono móvil:** \_\_\_\_\_  
**e-mail:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Bajo promesa o juramento y bajo mi entera responsabilidad, **DECLARO** que no padezco enfermedad infecto-contagiosa, y que cuento con las condiciones psíquicas y físicas necesarias para la realización de pruebas físicas de máximo esfuerzo fuera y dentro del agua.

Que habida cuenta que cumplo con dichas condiciones, deseo inscribirme en el curso de salvamento y socorrismo acuático impartido por la Federación Madrileña de Salvamento y Socorrismo, declarando expresamente que eximo tanto a dicha Federación, como al profesorado que imparta el curso, de aquellos daños que pudiera sufrir durante el desarrollo del mismo derivados de la inexactitud de dicha declaración.

Que, asimismo, **DECLARO** haber sido informado por la Federación Madrileña de Salvamento y Socorrismo de que, en el supuesto de que tenga dudas sobre si padezco alguna enfermedad infecto-contagiosa y/o que cuento con las condiciones psico-físicas necesarias para la realización de pruebas de máximo esfuerzo fuera y dentro del agua, es aconsejable que, con carácter previo a la inscripción en el curso, me haga un reconocimiento médico que descarte la existencia de alguna enfermedad infecto-contagiosa y/o de algún problema que me pudiera impedir la realización de dichas pruebas en las condiciones debidas, pudiendo aportar el certificado médico acreditativo de esos extremos si así lo deseo.

Para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente

En, \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20

Fdo. \_\_\_\_\_  
(El nombre del pie de firma debe ir escrito a mano)