



Cumplimente el siguiente formulario rellenando las casillas de todos los apartados con letra clara y en mayúscula. Junto con la ficha médica deberá adjuntar una fotocopia de la cartilla de la Seguridad Social o del seguro médico correspondiente y otra del documento nacional de identidad del padre, madre o tutor que firme la ficha médica y del participante en caso de que disponga de dicho documento.

FICHA PERSONAL.

DATOS DEL ASOCIADO:

1er Apellido: _____ Nombre: _____

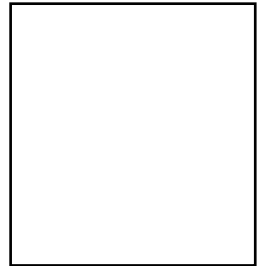
2º Apellido: _____ Fecha nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____ DNI/NIE/PASS: _____

Tlf. Móvil: _____ Dirección: _____

Población: _____ Provincia: _____ C. P.: _____

Tlf. Fijo: _____ Email: _____



DATOS PARENTALES

MADRE/PADRE/TUTOR LEGAL 1.

1er Apellido: _____ Nombre: _____

2º Apellido: _____ DNI/NIE/PASS: _____

Tlf. Fijo: _____ Tlf. Móvil: _____

Email: _____

MADRE/PADRE/ TUTOR LEGAL 2.

1er Apellido: _____ Nombre: _____

2º Apellido: _____ DNI/NIE/PASS: _____

Tlf. Fijo: _____ Tlf. Móvil: _____

Email: _____

En caso de no localizar a los anteriores, hablar con:

1er Apellido: _____ Nombre: _____

2º Apellido: _____ DNI/NIE/PASS: _____

Tlf. Fijo: _____ Tlf. Móvil: _____

Email: _____ Parentesco o relación con el/la asociado/a:
