

Nombre del alumno/a \_\_\_\_\_.

Apellidos alumno/a: \_\_\_\_\_.

Fecha nacimiento: día\_/mes\_/año\_.

Número de Documento de identidad: \_\_\_\_\_.

Domicilio: \_\_\_\_\_.

Teléfono 1: \_\_\_\_\_ (madre)

Teléfono 2: \_\_\_\_\_ (padre)

\*Me inscribo al bloque 1 de julio \_\_\_\_\_

\*Me inscribo al bloque 2 de julio \_\_\_\_\_

\*Me inscribo al bloque 1 de agosto \_\_\_\_\_

\*Me inscribo al bloque 2 de agosto \_\_\_\_\_

*\*Marca con una X el período al que deseas inscribirte y que coincida con el período indicado en tu reserva en sportmaniacs*

## **DATOS PERSONALES PARA CUMPLIMENTAR LA INSCRIPCIÓN A LA ESCUELA VERANO AZUL 2024**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo \_\_\_\_\_ padre, madre o  
tutor/a con número de DNI \_\_\_\_\_

-Autorizo al alumno/a a asistir a la escuela de  
verano azul 2024. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

-Autorizo a tomar imágenes y/o vídeos de los participantes  
y a su difusión con el objeto de informar de la escuela tanto  
en redes sociales como en aquellos medios de comunicación  
que pudieran cubrir el evento. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

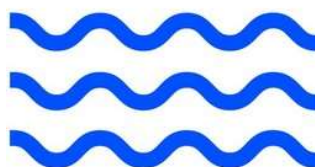
-Autorizo a que salgan solos de la escuela para  
regresar a casa. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

*\*Marca con una X la respuesta que corresponda*

FIRMA \_\_\_\_\_



# **VERANO AZUL**



**IBIZA BLUE CHALLENGE**

*\*Esta hoja debes enviarla firmada a  
[secretaria@ibizabluechallenge.com](mailto:secretaria@ibizabluechallenge.com)*

YO, \_\_\_\_\_  
CON D.N.I. o PASAPORTE nº \_\_\_\_\_  
EN CALIDAD DE PADRE/MADRE o TUTOR/A DEL ALUMNO/A  
\_\_\_\_\_.

## DECLARACIÓN JURADA DE BUENA SALUD

DECLARO QUE:

-El alumno/a goza de una buena salud para la práctica deportiva y no tiene ninguna contraindicación médica que desaconseje la práctica de deportes como los que se realizan en la escuela verano azul estando al corriente de las revisiones de salud periódicas.

-El alumno/a sabe nadar y montar en bicicleta a nivel básico suficiente para poder seguir las actividades que se proponen en la escuela como nadar en el mar en zonas profundas y excursiones en bici.

\* Este documento puede sustituirse por certificado médico oficial.

\* Indique si su hijo/a tiene algún tipo de alergia, enfermedad crónica o cualquier aspecto de tipo físico o psicológico que el equipo directivo, de forma confidencial, deba saber para atender mejor al menor:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

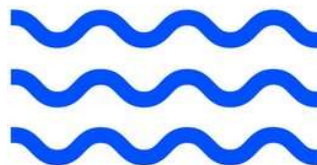
En Ibiza a ..... de ..... de.....

FIRMA \_\_\_\_\_

*\*Esta hoja debes enviarla firmada a  
[secretaria@ibizabluechallenge.com](mailto:secretaria@ibizabluechallenge.com)*



**VERANO  
AZUL**



**IBIZA BLUE CHALLENGE**