

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 INSCRICIÓN A LA ESCUELA VERANO AZUL 2024**

## AUTORIZACIÓN

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

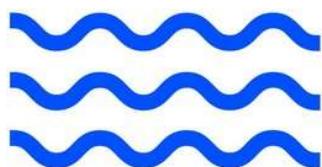


-Autorizo al alumno/a a asistir a la escuela de verano azul 2024. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

-Autorizo a tomar imágenes y/o videos 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

**VERANO AZUL**



IBIZA BLUE CHALLENGE

FIRMA \_\_\_\_\_

\*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  
\_\_\_\_\_.

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:

---

---

---

**DECLARACIÓN  
JURADA DE  
BUENA SALUD**

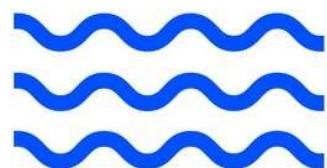


En Ibiza a ..... de ..... de .....

FIRMA \_\_\_\_\_

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

**VERANO  
AZUL**



IBIZA BLUE CHALLENGE