



ACTIVIDAD: POR TU SALUD MOJATE-BALNEARIOS- ZUJAR Y ARCHENA

HOJA DE INSCRIPCIÓN

MUNICIPIO:

Datos del participante:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

Nº DNI: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

Nº SEGURIDAD SOCIAL: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONOS: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

FECHA DE LA ACTIVIDAD: _____

ZUJAR: _____ -

ARCHENA _____

¿Padece alguna enfermedad que sea necesario tener en cuenta en el desarrollo de la actividad? $\frac{1}{10}$ Si $\frac{1}{10}$ No

¿Qué enfermedad? _____

Manifiesto que conozco y acepto las normas de la actividad.

Firma.-

_____ a ____ de _____ de 2015.
