



ESCUELAS MUNICIPALES

NATACION ADAPTADA

HOJA DE SOLICITUD

FECHA DE ENTRADA

APELLIDOS:		NOMBRE	
D.N.I.:	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	
DOMICILIO:		C.P.:	
TEL.FIJO:	TEL..MOVIL:	PROF.	

Diagnóstico clínico médico

Diagnóstico funcional y recomendaciones del Fisioterapeuta.

Nombre del Médico:

¿Sabe Ud. Nadar? (Marcar con X)

Si

No

Me sostengo Floto

Indique **turno preferente** (Marcar con X)

Mañana ...

Tarde ...

Señale **orden de preferencia** (Marcar con X) **Riazor...**

San Amaro...

San Diego...

DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR :

En sobre cerrado dirigida al Centro Municipal de Fisioterapia del Deporte

D.N.I.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO-MÉDICO

Observaciones:

1. El abajo firmante declara ser ciertos los datos aportados. En casado e que se detecte falsedad en dichos datos, el alumno causará baja automáticamente sin derecho a ser admitida su solicitud.
2. Los datos obtenidos serán tratados confidencialmente por el S. M. D. , según Ley Orgánica 5/92, del 29 de Octubre, referida al "Tratamiento automatizado de datos de carácter personal" y demás normas deontológicas sanitarias.
3. El Centro Municipal de Fisioterapia del Deporte se reserva el derecho a efectuar las modificaciones, instalaciones, horarios, profesorado etc.
4. Las solicitudes serán recibidas por el fisioterapeuta del Centro Municipal de Fisioterapia del Deporte del S.M.D. Según "fecha de entrada"

Firma del Solicitante y,
En su caso del padre, madre o tutorTa

La Coruña, _____ de _____ de 20__