



ESCOLAS MUNICIPAIS

NATACION ADAPTADA

FOLLA DE SOLICITUDE

DATA DE ENTRADA

APELIDOS:		NOME	
D.N.I.:	DATA DE NACEMENTO:	IDADE:	
DOMICILIO:		C.P.:	
TEL.FIXO:	TEL..MOVIL:	PROF.	

Diagnóstico clínico médico

Diagnóstico funcional e recomendaciones do Fisioterapeuta.

Nome do Médico:

¿Sabe vostede Nadar? (Marcar con X)

Si

Non

Sósteñome. Floto

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

Maña ...

Tarde ...

Signale **orde de preferencia** (Marcar con X) **Riazor...**

San Amaro...

San Diego...

DOCUMENTACIÓN A ACHEGAR :

En sobre pechado dirixido ao Centro Municipal de Fisioterapia do Deporte)

D.N.I.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO-MÉDICO

Observacións:

1. O abaixo asinante declara ser certos os datos achegados. No caso de que se detecte falsidade en devanditos datos, o alumno causará baixa automaticamente sen dereito a ser admitida a súa solicitude,
2. Os datos obtidos serán tratados confidencialmente polo S.M.D, segundo Lei Orgánica 5/92, do 29 de outubro, referida ao "Tratamento automatizado de datos de carácter persoal" e demas normas deontolóxicas sanitarias.
3. O Centro Municipal de Fisioterapia del Deporte resérvase o dereito a efectuar as modificacións, instalacións, horarios, profesorado, etc. que se consideren necesarias.
4. As solicitudes serán recibidas polo fisioterapeuta do Centro Municipal de Fisioterapia do Deporte del S.M.D. **segundo data de entrada.**

A Coruña, _____ de _____ de 20__

Sinatura do solicitante e, no seu caso do pai, nai ou titor/a.