



I PRUEBA CICLISTA ESCUELAS ELDA-PETRER

DATOS CORREDOR

Nombre:

Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Población / Provincia:

Código postal:

DNI:

Federado: SI NO

DATOS PADRE, MADRE O TUTOR

Nombre:

Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Población / Provincia:

Código postal:

DNI:

Teléfono:

Correo electrónico:

Firma padre, madre o tutor

Nota informativa: Con esta hoja da el consentimiento de que su hijo/a participe en la prueba a realizar el día 3 de septiembre de 2017 en la ciudad de Elda.

Si el niño/a no está federado tendrá un coste de entre 3€ y 4€ para realizarle un seguro para el día de la prueba, en caso de accidente contacten con la dirección de la prueba en el siguiente correo electrónico btteldacc@gmail.com, facilitando los datos del corredor, y un número de teléfono para poder contactar.