



**DEPORTIVA NAUTICA DE PORTUGALETE
AUTORIZACION RECONOCIMIENTO MEDICO**

D./D^a _____,
con D.N.I. nº _____, domiciliado/a en _____,
calle _____ nº _____,
como padre/madre o tutor/a legal del/de la nadador/a _____
_____, perteneciente al Club **DEPORTIVA NAUTICA
DE PORTUGALETE**, doy mi consentimiento para que le sea realizado el
RECONOCIMIENTO MÉDICO en la modalidad deportiva de NATACIÓN.
(WATERPOLO / SINCRONIZADA)

Y para que así conste expido la presente autorización en

_____, a _____ de _____ de 20__.

Fdo.: _____