



GOBIERNO MUNICIPAL DE CIUDAD MADERO
DIRECCION DE DEPORTES

CEDULA DE REGISTRO

CD. MADERO TAMPS. A ____ DE ____ DEL 20 ____

NUM. CREDENCIAL _____

FOLIO DE PAGO _____

DISCIPLINA _____

BONO _____

HORARIOS: _____

UNIDAD _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

DOMICILIO: _____

TEL: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

NUMERO EN CASO DE EMERGENCIA: _____

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD O ALERGIA: _____

¿CUAL? _____

AUTORIZACION: BAJO MI RESPONSABILIDAD Y CONSCIENTE DE LOS RIESGOS QUE IMPLICA LA PRACTICA DE ESTA DISCIPLINA DEPORTIVA, DOY MI AUTORIZACION PARA QUE MI HIJO(A) PRACTIQUE DICHA DISCIPLINA, NO HACIENDO RESPONSABLE DE CUALQUIER SITUACION O CIRCUNSTANCIA PROVOCADA POR ENFERMEDADES NO COMUNICADAS A LA ADMINISTRACION. HE RECIBIDO Y LEIDO EL REGLAMENTO DE LA ESCUELA Y ACEPTO CUMPLIR CON TODAS Y CADA UNA DE LAS DISPOSICIONES QUE EN EL SE ENCUENTRAN.

 NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO PADRE O TUTOR