



ESCUELAS DEPORTIVAS MUNICIPALES
SOLICITUD DE CAMBIO DE ACTIVIDAD

DATOS PERSONALES ALUMNO

Nombre: _____

Apellidos: _____

Nº D.N.I. / N.I.E. / Pasaporte: _____

Domicilio Calle, núm., planta _____

Municipio _____ Código Postal _____

Provincia _____ País _____

Teléfono 1 _____ Teléfono 2 _____

E-mail _____

DATOS DEPORTIVOS

Actividad y Horario Actual: _____

Actividad y Horario Solicitado: _____

Fecha: _____

Firma: _____

OBSERVACIONES (a rellenar por el técnico deportivo):

Vº Bº EL TÉCNICO DEPORTIVO

SR/SRA. PRESIDENTE/A DEL O.A.L. PATRONATO MUNICIPAL DE DEPORTES