



HOJA DE INSCRIPCION ABIERTO **REMOERGOMETRO**

NOMBRE _____

APELLIDOS _____

Nº D.N.I./PASAPORTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

CATEGORIA _____

El abajo firmante declara estar en posesión del correspondiente SEGURO MEDICO/DEPORTIVO que le acoge para la práctica de Deporte Federado.

DECLARA, bajo su responsabilidad, haber realizado el correspondiente EXAMEN MEDICO que le autoriza a la práctica de esfuerzo deportivo.

En _____ a ____ de _____ de 2014

Fdo. _____

CUOTA DE INSCRIPCION: 10 € (SON DIEZ EUROS).

Cta. de Abono ESP89 0049 0271 3521 1116 7753

NOTA: La inscripción deberá enviarse a la FER (e-mail@federemo.org o 915775357) acompañada de una copia del resguardo de Ingreso.