

HOJA DE INSCRIPCIÓN RELACIÓN DE PARTICIPANTES (AYUNTAMIENTO)
ESCUELA DE DEPORTE SALUD PRESENCIAL DEL MUNICIPIO DE: _____

RESPONSABLE GRUPO:

Teléfono: _____ **Email:** _____

	Nombre y apellidos	DNI	Edad
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Vº Bº Ayuntamiento

Fdo.: _____
Cargo: _____