



## RENUNCIA MÉDICA VOLUNTARIA TEMPORADA 2018/19

Yo D./Dña. \_\_\_\_\_

con D.N.I. \_\_\_\_\_

como participante de la actividad de:

hago expresa renuncia a la vigilancia de salud necesaria y obligatoria (presentar informe o certificado médico) para la práctica de las Actividades Físico-Deportivas de Adultos del Ayuntamiento de Villaquilambre, durante la temporada deportiva 2018/2019.

Me hago responsable de cualquier tipo de anomalía que pueda producirse durante el desarrollo de la actividad físico-deportiva elegida.

En Villaquilambre a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: