



RENUNCIA MÉDICA VOLUNTARIA VERANO 2018

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 de verano 2018.

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: