



1.- ¿Padece alguna dolencia que le impida realizar ejercicio físico?

2.- ¿Es menor de edad (menor de 18 años)?

*Si ha contestado "SI" a la primera pregunta, indique cual:*

*Si ha contestado "SI" a la primera pregunta, indique si es necesaria alguna medicación:*

*Si ha contestado "SI" a la segunda pregunta, rellene los siguientes campos:*

Nombre completo del tutor legal

DNI/NIE del tutor legal

# Móvil del tutor legal

Parentesco del tutor legal

---

Nombre y apellidos

DNI/NIE

Fecha nacimiento

Tfno. móvil

Dirección de residencia

Población

Código Postal

Correo electrónico

Fecha de inicio en Shorinji Kempo

¿Tiene seguro médico privado?

SI

NO

Rechaza el seguro médico ofrecido por la Federación Española

SI

NO

---

#### CONDICIONES GENERALES:

1.- El abajo firmante es consciente de que rechazando el seguro médico privado que le ofrece la Federación Española, exime a la Asociación Deportiva Shokema y al Club Deportivo Shorinji Kempo Carranque, de cualquier responsabilidad (tanto civil como penal) en el caso de accidente derivado de la práctica de Shorinji Kempo.

2.- El abajo firmante autoriza a la Asociación Deportiva Shokema y al Club Deportivo Shorinji Kempo Carranque a utilizar su imagen, obtenida en actividades relacionadas con la práctica de Shorinji Kempo, para utilizarla en cualquier tipo de formato y/o medios de difusión siempre con fines divulgativos sobre el arte marcial antes mencionada, renunciando así a cualquier contraprestación por el mencionado uso.

3.- En caso de practicantes menores de 18 años, y con la aceptación del presente documento, el abajo firmante autoriza al menor, al cual legalmente representa para la práctica de Shorinji Kempo.

4.- El abajo firmante manifiesta ser conocedor tanto del Ideario como del Reglamento Interno y Sancionador del Club al que se inscribe, y certifica que todos los datos facilitados en éste formulario son ciertos.

---

En Málaga, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_