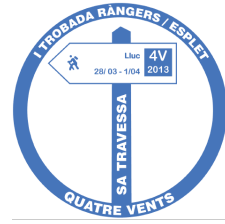




FULL D'INSCRIPCIÓ CAPS



DADES DEL PARTICIPANT

Cognoms: _____ Nom: _____

DNI: _____ Núm. Seguretat Social o privada: _____

Adreça postal: _____

Població: _____ Codi Postal: _____

Municipi: _____ Província: _____

Data de naixement: _____ Home / Dona

Correu electrònic: _____

Telèfon fix: _____ Telèfon mòbil: _____

Telèfons en cas d'urgència: _____

DADES ASSOCIATIVES

Nom de l'entitat: _____

Nom de l'agrupament: _____

ALTRES DADES D'INTERÈS

- Al·lèrgies: _____

- Malaltia crònica: _____

- Medicació (quina i quan): _____

- Règim alimentari especial: _____

- Altres: _____

- Talla camisetes:

S

M

L

XL

XXL

Signatura

_____, a _____ de _____ de 201_

