

COMPROMISO ALUMNADO CURSO DE SOCORRISTA CRUZ ROJA_AYUNTAMIENTO BOADILLA
DEL MONTE

Fechas: Del 14 de septiembre al 5 de Octubre de 2021

D/ D^a (Nombre y Apellidos) _____, con DNI /
pasaporte / NIE número _____,

(Cumplimentar solo en los casos de que el/la alumno/a sea menor de edad)

Don/Doña _____, con
DNI/NIE/N^o de Pasaporte _____,
como padre/madre/tutor/a o representante legal (*táchese lo que no proceda*) del o la menor
_____:

Declaro bajo mi entera responsabilidad, que no padezco/padece enfermedad infecto-contagiosa, y que cuento/a con las condiciones psíquicas y físicas necesarias para la realización de pruebas físicas de máximo esfuerzo fuera y dentro del agua. Que habida cuenta, cumplo/e con dichas condiciones, deseo inscribirme/le en el curso CURSO DE SOCORRISTA ACUÁTICO DE 80H – BOADILLA DEL MONTE, gestionado por Cruz Roja Española, declarando expresamente que eximo tanto a la misma, como al profesorado que imparta el curso, de aquellos daños que pudiera sufrir o causar durante el desarrollo de la formación, derivados de la inexactitud de dicha declaración. Que, asimismo, DECLARO haber sido informado por Cruz Roja Española de que, en el supuesto de que tenga dudas sobre si padezco/ce alguna enfermedad infecto-contagiosa y/o que cuento/a con las condiciones psico- físicas necesarias para la realización de pruebas de máximo esfuerzo fuera y dentro del agua, es aconsejable que, con carácter previo a la inscripción en el curso, me/le haga un reconocimiento médico que descarte la existencia de alguna enfermedad infectocontagiosa y/o de algún problema que me/le pudiera impedir la realización de dichas pruebas en las condiciones debidas, pudiendo aportar el certificado médico acreditativo de esos extremos si así lo deseo. Para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente"

Fecha:

Firma :