



**APELLIDOS:**

**NOMBRE:**

**DNI/NIE/PAS:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

**DOMICILIO:**

**PROVINCIA:**

**TELÉFONO FIJO:**

**TELÉFONO MÓVIL:**

**E-MAIL:**

Bajo promesa o juramento y bajo mi entera responsabilidad, DECLARO que no padezco ninguna enfermedad infecto-contagiosa, y que cuento con las condiciones psíquicas y físicas necesarias para la realización de ejercicio físico en el agua.

Que habida cuenta que cumplo con dichas condiciones, deseo inscribirme en el **Curso de Socorrismo Acuático en piscinas e Instalaciones Acuáticas** impartido por la Escuela de Formación AguaNorte, declarando expresamente que eximo tanto a dicha entidad, como Centro Deportivo, como al profesorado que imparta el curso, de aquellos daños que pudiera sufrir durante el desarrollo del mismo, derivados de la inexactitud de dicha declaración.

Que, asimismo, DECLARO conocer que la Escuela de Formación AguaNorte dispone de seguro de Responsabilidad Civil y de Accidentes para sus alumnos. También he sido informado por la Escuela de Formación AguaNorte de que, en el supuesto de que tenga dudas sobre si padezco alguna enfermedad infecto-contagiosa y/o que cuento con las condiciones psíquico-físicas necesarias para la realización de ejercicio físico en el agua, es aconsejable que, con carácter previo a la inscripción del curso, me haga un reconocimiento médico que descarte la existencia de alguna enfermedad infecto-contagiosa y/o algún problema que me pudiera impedir la realización del curso de socorrista, pudiendo aportar el certificado médico acreditativo de esos extremos si así lo deseo.

Y para que conste y surta a los efectos oportunos, firmo la presente:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202 .

Firmado:

**Escuela de Formación AguaNorte**

Calle Perales 9 – San Sebastián de los Reyes (28703) – Madrid. Tfno. 91 261 20 44.

info@aguanorteformacion.com