

AUTORIZACIÓN EDUCACIÓN FÍSICA

YO, D./DÑA.

CON DNI/PASAPORTE..... COMO PADRE/MADRE/RESPONSABLE LEGAL DEL

ALUMNO/A.....DEL CURSO....., DECLARO QUE MI HIJO/A NO PADECE ENFERMEDAD FÍSICA QUE LE IMPIDA EL NORMAL DESENVOLVIMIENTO Y EJECUCIÓN DE SUS CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA.

EN CASO CONTRARIO, ADJUNTO CERTIFICADO MÉDICO DONDE SE EXPONE LAS CAUSAS QUE IMPIDEN LA PRÁCTICA NORMAL DE ESTOS EJERCICIOS FÍSICOS.

MÁLAGA, A DE DE 20.....

FIRMADO

.....

CALLE PELAYO Nº 16 MÁLAGA 29009
TLF: 951298699/671534989/697952256
EMAIL: **29005394.edu@juntadeandalucia.es**

AUTORIZACIÓN EDUCACIÓN FÍSICA

YO, D./DÑA.

CON DNI/PASAPORTE..... COMO PADRE/MADRE/RESPONSABLE LEGAL DEL

ALUMNO/A.....DEL CURSO....., DECLARO QUE MI HIJO/A NO PADECE ENFERMEDAD FÍSICA QUE LE IMPIDA EL NORMAL DESENVOLVIMIENTO Y EJECUCIÓN DE SUS CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA.

EN CASO CONTRARIO, ADJUNTO CERTIFICADO MÉDICO DONDE SE EXPONE LAS CAUSAS QUE IMPIDEN LA PRÁCTICA NORMAL DE ESTOS EJERCICIOS FÍSICOS.

MÁLAGA, A DE DE 20.....

FIRMADO

.....

CALLE PELAYO Nº 16 MÁLAGA 29009
TLF: 951298699/671534989/697952256
EMAIL: **29005394.edu@juntadeandalucia.es**