

Núm. Reg Entrada:.....

Núm. carnet de soci: \_\_\_\_\_  
(Nº. carnet de socio)

**Llinatges i Nom:** \_\_\_\_\_  
(Apellidos y nombre)

**Adreça:** \_\_\_\_\_  
(Domicilio)

**Població:** \_\_\_\_\_ **C.P. :** \_\_\_\_\_  
(Población)

**Telèfon fixo:** \_\_\_\_\_ **Telèfon mòbil:** \_\_\_\_\_  
(Teléfono fijo) (Teléfono móvil)

**email** \_\_\_\_\_

**Data de naixement:** \_\_\_\_\_ **Edat:** \_\_\_\_\_ **D.N.I. / N.I.F.:** \_\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento) (Edad)

**Nom del pares:** \_\_\_\_\_  
(Nombre de los padres)

**Serveis:** (Servicios) **(Posar una X al servei sol·licitat)**  
(Poner una X en el servicio solicitado)

**Psicomotricitat aquàtica** (Des de 2 anys i 9 mesos i 3 anys)

(Psicomotricidad acuática)

**Blanc** (Des de 4 anys i 5 anys que no neden)  
(Blanco)

**Lila** (Des de 4 anys i 5 anys que si neden)  
(Lila)

**Rosa** (A partir de 6 anys que no neden)  
(Rosa)

**Groc** (A partir de 6 anys que si neden)  
(Amarillo)

**Taronja** (A partir de 8 anys que neden 2 estils)  
(Naranja)

**Verd** (A partir de 11 anys que neden 2 ó 3 estils)  
(Verde)

**Blau** (A partir de 13 anys)  
(Azul)

**Altres** \_\_\_\_\_  
(Otros)

Prova dia: \_\_\_\_\_

**Observacions (si el nen/a pateix algun tipus de malaltia):** \_\_\_\_\_  
Observaciones (si el niño/a padece algún tipo de enfermedad)

Eivissa, a \_\_\_\_\_

**Signatura:**  
(Firma)