

**DATOS DEL PARTICIPANTE EN EL CURSO DE SOCORRISMO Y SALVAMENTO ACUATICO**

**Apellidos:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_  
**DNI:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Provincia:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono fijo:** \_\_\_\_\_ **Teléfono móvil:** \_\_\_\_\_ **e-mail:** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION A MENORES Y DECLARACIÓN JURADA DE APTITUD FÍSICA Y PSÍQUICA**

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, con DNI.- \_\_\_\_\_, en mi calidad de (padre, madre, tutor/a), del menor cuyos datos figuran más arriba, por medio de la presente:

**DECLARO**, bajo promesa o juramento y bajo mi entera responsabilidad, que dicho menor no padece enfermedad infecto-contagiosa, y que cuenta con las condiciones psíquicas y físicas necesarias para la realización de pruebas físicas de máximo esfuerzo fuera y dentro del agua.

Que habida cuenta que cumple con dichas condiciones, **AUTORIZO** a que dicho menor se inscriba en el **Curso de Salvamento y Socorrismo Acuático Profesional RFESS**, incluido dentro del Programa de Formación Deportiva de la Universidad de Almería e impartido por la Real Federación de Salvamento y Socorrismo, declarando expresamente que eximo tanto a dicha Federación, a la Universidad de Almería, como al profesorado que imparta el curso, de aquellos daños que pudiera sufrir durante el desarrollo del curso derivados de la inexactitud de dicha declaración.

Que, asimismo, **DECLARO** haber sido informado por la Real Federación de Salvamento y Socorrismo de que, en el supuesto de que tenga dudas sobre si el menor padece alguna enfermedad infecto-contagiosa y/o que cuente 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, se haga un reconocimiento médico que descarte la existencia de alguna enfermedad infecto-contagiosa y/o de algún problema que 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

En Almería a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

**(\*) La persona firmante deberá cumplimentar esta declaración de su puño y letra.**