



I CAMPUS FÚTBOL SALA FEMENINO

CIDADE DE NARÓN 2017

FOTO
ACTUAL
PEGADA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

DATOS DE CONTACTO

Datos del Padre /Madre/Representante legal

FECHA DE INSCRIPCIÓN:

___/___/_____

| | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------|--|
| Nombre y apellidos del padre/tutor | | Móvil | |
| Nombre y apellidos de la madre/tutora | | Móvil | |
| Teléfono fijo tutor | | E-mail padre/tutor | |
| Teléfono fijo tutora | | E-mail madre/tutora | |

Datos de la Participante

| | | | |
|--|--|---|---|
| Nombre y apellidos | | Fecha de nacimiento | |
| Móvil | | NIF | |
| | | NIE / Pasaporte | |
| Talla ropa | Camiseta | <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL | |
| Dirección | | | |
| C.P. | Localidad | Provincia | |
| Hermanas inscritas | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Nº | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 o más |
| | | Importe reducido | <input type="checkbox"/> 30 € <input type="checkbox"/> 25 € |
| Observaciones | ¿Toma medicación? ¿Protocolo? ¿Padece alergias / intolerancias? ¿Vacunas? ¿Algún problema físico? | | |
| Relación de personas autorizadas a recoger a la participante durante el Campus | | | |
| Nombre completo | | DNI | |
| Nombre completo | | DNI | |
| Nombre completo | | DNI | |
| Otra información relevante | | | |
| | PAGADO: | € | FECHA: ___/___/_____ |

Yo, D./Dña. _____, con DNI nº _____ - _____, en calidad de padre/madre/tutor/tutora de la alumna Dña. _____,

AUTORIZO a mi hija a que asista al Campus de referencia y participe en las actividades que en él se desarrollan.

Declaro que son ciertos los datos expresados en esta inscripción.

Reconozco que la niña no padece limitación física y/o enfermedad alguna conocida que pueda suponer riesgo o le incapacite para realizar la actividad en la que se ha inscrito y, en el caso de padecerlas, se especifica convenientemente en el apartado pertinente.

De igual modo, otorgo permiso para que, en caso de que sea necesario, sea examinada en un centro apropiado, así como para adoptar las posibles decisiones médico-quirúrgicas que fuesen necesarias –en caso de suma urgencia- bajo la adecuada dirección facultativa.

Autorizo a A Fervenza FSF, así como a otros posibles colaboradores del Campus, para la publicación de crónicas e imágenes, dónde aparezca mi hija, en diferentes medios informativos, de comunicación y redes sociales.

En _____, a _____ de _____ de 2017.

El / La solicitante:

Firmado: D. / Dña. _____