V CAMPUS DE FÚTBOL SARDOMA C.F. 2017

DATOS DEL PARTICIPANTE:

NOMBRE | APELLIDOS

EDAD | FECHA DE NACIMIENTO | CIUDAD

JUEGAS EL ALGÚN EQUIPO SI ☐ NO ☐ CUAL

PARTICIPAS EN EL CAMPUS COMO PORTERO ☐ JUGADOR ☐

TALLA CAMISETA

TALLA	3XS	XXS	XS	S	M	L

DATOS MÉDICOS:

Nº SEGURIDAD SOCIAL | ALERGIAS SI ☐ NO ☐ | CELIACO SI ☐ NO ☐

ENFERMEDAD O LESIÓN

DATOS DEL PADRE/MADRE O TUTOR:

NOMBRE | APELLIDOS

DIRECCIÓN | CÓDIGO POSTAL

TELÉFONOS (FIJO - MÓVIL) | E-MAIL

PAGOS

FORMA DE PAGO

PAGO CONTADO ☐

CUOTA

SOCIOS			
1 Semana	70 €	☐	6 al 10 / 13 al 17
2 Semanas	115 €	☐	

NO SOCIOS			
1 Semana	80 €	☐	6 al 10 / 13 al 17
2 Semanas	135 €	☐	

Autorizo a/o mi hijo/a para que asista a las actividades del V Campus de fútbol Sárdoma C.F., y hago extensiva esta autorización a las decisiones quirúrgicas que fueran necesarias adoptar, en caso de extrema urgencia, bajo la supervisión del equipo médico, renunciando expresamente a exigir ninguna responsabilidad a la Organización del campus, o sus monitores, por lesiones que se puedan originar en las prácticas que se realicen en el campus, que asumo en su totalidad.

Se informa que los datos incluidos en este formulario conforme a lo previsto en la ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal formarán parte de un fichero responsabilidad de la Organización del Campus. Así mismo otorga su conformidad con la publicación de las imágenes captadas en las que pueda aparecer su hija/o o tutelada/o durante la duración del Campus. Podrá dirigir sus comunicaciones y ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la siguiente dirección de correo coordinador@sardomaclubfutbol.com

☐ **Si Autorizo**

FIRMADO **DNI**