



ESCUELA DE FÚTBOL FEMENINO SÁRDOMA C.F.

II JORNADAS DE TECNIFICACIÓN

DATOS DE LA PARTICIPANTE

NOMBRE: APELLIDOS:

EDAD: FECHA DE NACIMIENTO CIUDAD

JUEGAS EN ALGÚN EQUIPO SI NO CUAL

PARTICIPAS EN EL CAMPUS COMO PORTERA JUGADORA

TALLA CAMISETA

TALLA	3XS	XXS	XS	S	M	L
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS MÉDICOS

Nº DSEGURIDAD SOCIAL

ALERGIAS SI NO CELIACA SI NO

ENFERMEDAD O LESIÓN

DATOS DE MADRE/PADRE O TUTOR:

NOMBRE APELLIDOS

DIRECCIÓN CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO E-MAIL

PAGOS

FORMA DE PAGO

AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi hija para que asista a las actividades de las II Jornadas de fútbol femenino del Sárdoma C.F., hago extensiva esta autorización a las decisiones quirúrgicas que fueran necesarias adoptar, en caso de extrema urgencia, bajo la supervisión de equipo médico, renunciando expresamente a exigir ninguna responsabilidad a la Organización de las jornadas, o sus monitores, por lesiones que se puedan originar en las prácticas que se realicen en el campo, 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 de las jornadas. Así mismo otorga su conformidad con la publicación de las imágenes captadas en las que pueda aparecer su hija o tutelada durante la duración de las jornadas. Podrá dirigir sus comunicaciones y ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la siguiente dirección de correo gabry_matama@hotmail.com

FIRMADO

<input type="text"/>	SÍ AUTORIZO
DNI	<input type="text"/>