FITNESS RAVAL UNIVERSITARI

CAMPUS VERANO

Solicitud de inscripción
CAMPUS DE VERANO
Temporada 2017
del 21 de junio
al 28 de julio de 2017

PARTICIPANTE

Nombre y apellidos:

Fecha nacimiento: D.N.I.: S.I.P.:

Dirección: C.P.:

E-Mail: Telf.:

Centro escolar:

Medicación, alergias y otros:

Señale con una X los fechas que asistirá:

1ª semana (26-30/6) ☐ 2ª semana (3-7/7) ☐ 3ª semana (10-14/7) ☐ 4ª semana (17-21/7) ☐

5ª semana (24-28/7) ☐ campus completo ☐

días sueltos

AUTORIZACIÓN

El abajo firmante:
D._____ como padre, madre o tutor con DNI_____, autoriza a su hijo/a a asistir a las actividades organizadas por Castellón Pádel, bajo el nombre de CAMPUS DE VERANO y a sus responsables a adoptar las decisiones que sean necesarias según su buen criterio, en caso de cualquier tipo y nivel de gravedad, bajo la dirección facultativa pertinente en el caso de serlo y según las informaciones facilitadas con anterioridad.

Así mismo, certifican que las condiciones físico-sanitarias de su hijo/a son aptas para el desarrollo de la actividad mencionada al mismo tiempo que acceden a respetar y a hacer cumplir la normativa disciplinaria de dicha actividad

Autorizo a la realizacióin de fotos y vídeos de mi hijo/a, a poder utilizar esto para ilustrar artículos, páginas webs, redes sociales y documentos varios.

Mediante la firma de esta orden, autorizo, a Castellón Pádel, gire a la cuenta indicada en la presente autorización, los recibos correspondientes a las facturas originadas de la relación entre ambas partes, según la Ley 16/2009 de servicios de pago (SEPA).

IBAN ES

En _____, a _____de _____de 20_____

Firma y DNI:

CÓMO NOS HAS CONOCIDO?

☐ Web Castellón Pádel ☐ Prensa escrita ☐ Radio ☐ Facebook ☐ Instagram ☐ Televisión ☐ Escuela de Pádel

☐ Empresa con convenio: ☐ Otros: