

CONDICIONES

CON SU FIRMA AUTORIZA Y SE COMPROMETE:

- A que su hijo/a participe en todas las actividades del Campus de Tecnificación de Fútbol, y a realizar cualquier desplazamiento o salida que sea necesaria para ello (parque y piscina).
- A que sean tomadas imágenes y/o vídeos de su hijo/a durante las actividades que podrán ser utilizadas con fines educativos y/o promocionales, y que serán publicadas en los medios de comunicación oficiales del Ayuntamiento de Buitrago.
- A aceptar cualquier decisión de la Dirección del Campus en relación con un inadecuado comportamiento de mi hijo/a du-

rante las actividades.

- A que sus datos sean incluidos en una base de datos propiedad del Ayuntamiento de Buitrago, de acuerdo con las prescripciones de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos, con la finalidad de poder recibir información sobre futuras actividades.

El firmante tiene derecho a revocar en cualquier momento el consentimiento dado, así como a ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos mediante escrito al Ayuntamiento de Buitrago.

TARIFAS:

| 1 semana | 2 semanas | 3 semanas | 4 semanas | 5 semanas |
|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 45 € | 80 € | 120 € | 160 € | 200 € |

Plazas mínimas: 10 alumnos/as por semana



I CAMPUS TECNIFICACIÓN EN FÚTBOL Buitrago del Lozoya

Verano 2018

Ficha de inscripción



Organiza:
AYUNTAMIENTO DE
BUITRAGO DEL LOZOYA



I CAMPUS TECNIFICACIÓN EN FÚTBOL Verano 2018 / Buitrago del Lozoya

Ayuntamiento de Buitrago del Lozoya
Ficha de inscripción, autorizaciones y ficha médica

FOTO
del
Alumno/a

| DATOS DEL PARTICIPANTE | | | | | |
|--|-----------------------|---|----------------------|---|-----------------------|
| Nombre: | | 1º Apellido: | | 2º Apellido: | |
| Fecha de nacimiento: | | Talla de camiseta: | | Obligatorio botas de fútbol y zaparillas de deporte | |
| SEMANAS: | 1ª SEMANA | 2ª SEMANA | 3ª SEMANA | 4ª SEMANA | 5ª SEMANA |
| | Del 25 al 29 de junio | Del 2 al 6 de julio | Del 9 al 13 de julio | Del 16 al 20 de julio | Del 23 al 27 de julio |
| DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A | | | | | |
| Nombre: | | Apellidos: | | e-mail: | |
| DNI: | | Teléfono de contacto: | | | |
| Autorizo a mi hijo/a a volver solo a casa al finalizar cada jornada del campus: (Señalar la opción que corresponda) | | | | SI | NO |
| PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL ALUMNO (además de la persona arriba indicada): | | | | | |
| Nombre: | | Apellidos: | | DNI: | |
| Nombre: | | Apellidos: | | DNI: | |
| ¿Padece algún tipo de enfermedad, discapacidad o alergia, o tiene necesidades educativas especiales? | | | | | |
| NO | SI | Indicar cual: | | | |
| ¿Sabe nadar? | | Indique cualquier otro aspecto que haya que tener en cuenta en relación con su hijo/a | | | |
| NO | SI | | | | |
| ¿Tiene necesidad de ampliación de horario, de comedor u otras, para un futuro CAMPUS? | | | | | |
| NO | SI | Indicar cual: | | | |
| HORARIO | De 9:00 a 14:00 h. | OBSERVACIONES (necesidades de cambio de horario): | | | |

En Buitrago del Lozoya, a ___ de _____ de 20__

Firma:

CONDICIONES

