



SOLICITUD
DE
INSCRIPCIÓN
CLINIC MM1 3 AL 7 DE JULIO



DATOS DEL PORTERO

1º Apellido		Fecha de Nacimiento	/	/
2º Apellido		Nacionalidad		
Nombre		DNI / NIE		
¿Pertenece al Club de Fútbol Fuente el Saz?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Realiza alguna tecnificación relacionada con el club?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
¿En qué club juega?		Categoría y letra en el año 2023	¿Cómo se enteró del CLINIC MM1?	

DATOS DEL PADRE / MADRE / TUTOR LEGAL

Apellidos y Nombre			
Teléfonos de contacto			
Email en mayúsculas			

AUTORIZACIONES Y TRASLADOS

Autorizo al Club de Fútbol Fuente el Saz a realizar fotografías y videos de mi hijo/hija durante el CLINIC de porteros MM1 para cualquier publicación en los distintos medios de publicación, TV, radio, internet, videos promocionales del club y en otros canales promocionales como pueden ser revistas, folletos informativos, anuncios y carteles publicitarios.

Los traslados al CLINIC corren por cuenta de los padres o tutores, quedando tanto el club como los componentes del staff técnico del CLINIC eximidos de cualquier responsabilidad ante estos traslados. Sin esto es imposible realizar el estudio de video del portero

Firma del Padre, Madre o Tutor Legal

--

Forma de Pago

Titular de la Cuenta	
IBAN	

Firma del Titular de la cuenta bancaria

--

ACTIVIDADES ACUATICAS

DECLARO QUE MI HIJO/A SABE NADAR	<input type="checkbox"/>	NO DESEO QUE PARTICIPE EN PISCINA	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------

PRECIO DE LA ACTIVIDAD

Precio del CLINIC	475 €	
¿Necesita horario ampliado de mañana de 7:30 a 9:00?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Agregar al precio 10€
¿Necesita horario ampliado de tarde de 14:45 a 17:00?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Agregar al precio 12€

OBSERVACIONES

Indique aquí cualquier dato importante de su hijo / hija: Alergias, problemas físicos para tener en cuenta o cualquier información relevante que debamos conocer previamente:
--



**SOLICITUD
DE
INSCRIPCIÓN
CLINIC 3 AL 7 DE JULIO**



LUGAR DE PRESENTACIÓN DE LA PREINSCRIPCIÓN

En las oficinas del club o a través del email secretario@cffsaz.es
La validez de la preinscripción será a partir de fecha de pago en efectivo en las oficinas del club o por cargo en la cuenta que se indicó para realizar el cobro.
Si lo desea, puede realizar el ingreso por transferencia a la cuenta **ES84 2100 3901 9802 0025 1168** indicando en la misma nombre y apellidos. Una vez realizada, envíe el justificante y la preinscripción cumplimentada a secretario@cffsaz.es .
Una vez recibido el importe, a partir del 12 de junio se confirmará a los padres el número de porteros apuntados en el grupo de si hijo / hija. En el momento que sean 4 inscritos, la inscripción será totalmente efectiva.
En el caso que no se consiguiera un grupo mínimo de 4 porteros del segmento de edad antes del 16 de junio, se procedería a la devolución íntegra del importe ingresado en la preinscripción.

NORMATIVA DEL CLINIC

1º Respetar los horarios establecidos. 2º Seguir las directrices de los entrenadores, monitores, cámaras y socorrista. 3º NO SE PERMITE, salvo caso de urgencia, el uso de teléfonos móviles o aparatos electrónicos. 4º Queda completamente prohibido el trato incorrecto a compañeros, staff técnico o cualquier persona relacionada o no con el CLINIC. 5º Es obligatorio mantener el orden y respetar los materiales e instalaciones. 6º Se sancionará el abuso (ya sea físico, verbal o psicológico) de cualquier participante. En caso de incumplimiento de cualquiera de las normas anteriores se reserva el derecho, previa valoración de la gravedad de las normas incumplidas, a dar por finalizada la participación en el CLINIC, corriendo por cuenta de los padres / tutores los gastos que conllevé dicha finalización y recogida del participante.

ACEPTO LA NORMATIVA Y AUTORIZO A MI HIJO/HIJA A ASISTIR AL CAMPAMENTO

PROTECCION DE DATOS

De conformidad con lo dispuesto en las normativas vigentes en protección de datos personales, el reglamento (UE)2016/679 de 27 de Abril de 2016 (GDPR) y la Ley Orgánica(ES) 15/1999 de 13 de diciembre (LOPD), le informamos que los datos personales y dirección de correo electrónico recabados del propio interesado o de fuentes públicas, serán tratados bajo la responsabilidad de C.F. FUENTE EL SAZ para el envío de comunicaciones sobre nuestros servicios y se conservarán mientras exista un interés mutuo para ello. Los datos no serán comunicados a terceros, salvo obligación legal. Le informamos que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y los de limitación y oposición a su tratamiento enviando un correo electrónico a info@cffsaz.es

ES POR ESTE MOTIVO QUE LE SOLICITAMOS PERMISO PARA SEGUIR UTILIZANDO LOS DATOS ANTERIORMENTE DESCRITO.

En caso afirmativo, rogamos marque la siguiente casilla

La firma de la presente solicitud supone la aceptación de los datos consignados en la misma.

