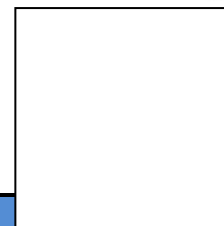




FICHA DE INSCRIPCIÓN CAMPUS DE VERANO 2019
CLUB DEPORTIVO LEGANÉS FÚTBOL SALA (COLEGIO VICTOR PRADERA)

FECHA DE INSCRIPCIÓN: ____/____/____



ALUMNO/A	
APELLIDOS:	
NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
JUGAD@R DEL LEGANES FUTBOL SALA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
COLEGIO DE PROCEDENCIA:	AMPA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES, ALERGIAS E INTOLERANCIAS: (Se deberá adjuntar informe médico)	
PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL DE LOS MENORES	
APELLIDOS:	
NOMBRE:	DNI:
TELEFONO FIJO:	TELEFONO MOVIL:
EMAIL:	

BLOQUE ESPECIFICO A ELEGIR (MARCAR CON UNA X):		
BLOQUE FÚTBOL SALA	BLOQUE MULTIDEPORTE	BLOQUE BAILE

PUEDE ELEGIR LAS SEMANAS QUE DESEE, MARCAR LA SEMANA Y SI ES AMPLIADO O NO	
<input type="checkbox"/> SEMANA 1 : DESDE EL 24 DE JUNIO AL 28 DE JUNIO (9:00-14:00)	<input type="checkbox"/> AMPLIADO / COMIDA (9:00 A 17:00)
<input type="checkbox"/> SEMANA 2 : DESDE EL 1 DE JULIO AL 5 DE JULIO (9:00-14:00)	<input type="checkbox"/> AMPLIADO / COMIDA (9:00 A 17:00)
<input type="checkbox"/> SEMANA 3 : DESDE EL 8 DE JULIO AL 12 DE JULIO (9:00-14:00)	<input type="checkbox"/> AMPLIADO / COMIDA (9:00 A 17:00)
<input type="checkbox"/> SEMANA 4 : DESDE EL 15 DE JULIO AL 19 DE JULIO (9:00-14:00)	<input type="checkbox"/> AMPLIADO / COMIDA (9:00 A 17:00)
<input type="checkbox"/> SEMANA 5 : DESDE EL 22 DE JULIO AL 26 DE JULIO (9:00-14:00)	<input type="checkbox"/> AMPLIADO / COMIDA (9:00 A 17:00)
<input type="checkbox"/> MARCAR ESTA CASILLA SI QUIERE AÑADIR DESAYUNO (10€ A INCREMENTAR EL PRECIO SEMANA)	

Esta hoja se deberá de entregar o enviar cumplimentada y el recibo de pago en:

Ampa Victor Pradera de Lunes a Viernes de 16:00 - 18:00 o ampavictorpradera@gmail.com

CD Leganés FS: C/ Alcobendas nº9 de Lunes a Jueves de 18:00 a 20:00 o campusleganesfs@gmail.com

9:00 a 14:00 La semana 55€/ semana. Sin comida y sin desayuno	9:00 a 17:00 La semana 85€/ semana. Con comida	Posibilidad de entrar a las 8:00 y salir a las 15:00 sin coste añadido	Desayuno 2 euros día. Comida 6 euros
--	---	---	---

DATOS BANCARIOS

Titular de la cuenta: ES46 2038 2252 3130 0288 4441

***Indicar como concepto: CAMPUS DE LEGANES F.S. + NOMBRE Y APELLIDOS NIÑ@**

*** Reserva: 30€ semana/alumn@**

*** *Descuentos no acumulables. Se aplica el mayor descuento.**



Mediante la firma del presente documento, la persona arriba referenciada **AUTORIZA:**

- a) Al/los alum@n@s anteriormente descritos a realizar las actividades programadas.
Así mismo, declara conocer y aceptar las condiciones y normas que la organización ha impuesto para dicha actividad y renuncia a emprender cualquier acción legal contra la propia organización ante circunstancias que sean imputables a desobediencia o negligencia del participante. Igualmente, se hace responsable de los perjuicios que pueda ocasionar el/los menores en caso de omitir datos médicos del estado de salud del participante así como de los desperfectos que pudiera ocasionar en las instalaciones.
- b) Al Club Deportivo Leganés Fútbol sala a:
- Tomar cualquier decisión médico-quirúrgica por motivos y/o situaciones de carácter grave que pudieran acontecer, siempre que se cuente con el debido asesoramiento médico.
 - Realizar el traslado a un centro sanitario en caso de necesidad.

Firmado (Nombre y apellidos) _____

CLAUSULADO PARA CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS

Debido al nuevo reglamento de protección de datos, en virtud de lo establecido en el REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos de Carácter Personal, es necesario recabar su consentimiento expreso e inequívoco para que podamos tratar sus datos personales.

Para ello le solicitamos que, por favor, nos cumplimenten lo siguientes datos y así actualizarlos:

Nombre y Apellidos del Padre/Madre/Tutor: _____

DNI/NIF/NIE: _____

Nombre y Apellidos del Menor: _____

DNI/NIF/NIE: _____ Fecha Nacimiento: _____

En el Club Deportivo Elemental Leganés Fútbol Sala tratamos la información que nos facilita con el fin de prestarles el servicio. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación con nosotros o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se ceden a terceros salvo aquellos casos imprescindibles para contratar con el seguro de accidentes y asistencia sanitaria correspondiente a la actividad que su hijo/a va a participar, así como en los casos que exista una obligación legal.

Usted tiene derecho a obtener la confirmación sobre si en Club Deportivo Elemental Leganés Fútbol Sala estamos tratando sus datos personales, así como a ejercer sus derechos como interesado. Puede obtener más información dirigiéndose: Responsable: Club Deportivo Elemental Leganés Fútbol Sala CIF: G- 84488477 Dir. Postal: C/Alcobendas Nº9, Local 1, 2,3. Leganés (Madrid) Teléfono: 647 100 756. Mail: campusleganesfs@gmail.com

Acepto y consiento que los datos solicitados mediante este documento sean utilizados con la finalidad de informarle sobre información relacionada con las actividades de Club Deportivo Elemental Leganés Fútbol Sala.

Acepto y consiento que las imágenes de mi hijo/a aparezcan en redes sociales y los servicios web del Club Deportivo Elemental Leganés Fútbol Sala.

Acepto y consiento que los datos míos y de mi hijo sean cedidos a la aseguradora correspondiente para poder contratar la póliza de seguro de accidentes y asistencia sanitaria para el campus.

Acepto y consiento recibir comunicaciones a través de mensajería instantánea como WhatsApp con la finalidad de agilizar la gestión de las comunicaciones e informaciones relacionadas con el Club Deportivo Elemental Leganés Fútbol Sala.

En _____ a ____ de _____ 20____

Firmo conforme he sido informado, entiendo y autorizo el tratamiento de datos personales

Fdo.: _____