



# VII CAMPUS DE FÚTBOL PASCUA 2017



## HOJA DE INSCRIPCIÓN

(RELLENAR CON MAYUSCULAS)

Nombre y Apellidos:  DNI:

Fecha de nacimiento:  /  /  Edad:  N° de tarjeta SIP:

Domicilio:  CP:  Localidad:   
Provincia:

## AUTORIZACIÓN

Nombre y apellidos del padre, madre o tutor/a:  DNI:

Como padre, madre o tutor/a del hijo/a arriba reseñado/a, le autorizo para asistir al Campus de Fútbol, que se llevará a cabo en el campo de fútbol de las instalaciones deportivas municipales de Rafalafena los días 18,19,20 y 21 de Abril de 2017.

Hago extensiva esta autorización a las decisiones médico-quirúrgicas que sean necesarias adoptar, en caso de extrema urgencia, bajo la adecuada dirección médica, renunciando expresamente a exigir ningún tipo de responsabilidad a la entidad organizadora, C.F. Rafalafena de Cs., o a sus monitores, por lesiones que se pudieran originar en el transcurso de las actividades y, que asumo en su totalidad.

Así mismo, otorga su conformidad a la publicación de imágenes captadas durante el transcurso del campus y en las que pueda aparecer su hijo/a o tutelado/a para las legítimas actividades de éste y posteriores campus.

Castellón a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Fdo: \_\_\_\_\_

En conformidad a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos Personales, incorporados en el formulario de inscripción, van a ser incorporados y tratados en un archivo de datos personales de la organización, garantizando su seguridad y confidencialidad, con la finalidad de la prestación y comercialización de nuestros proyectos deportivos.

Teléfonos de contacto:  Móvil:   
Fijo:  Móvil:

Correo electrónico: