



INSCRIPCIÓN II CAMPUS DE FUTBOL DBASE SEMANA SANTA 2017 CIUDAD DEPORTIVA EUROPA (LEGANES)

DATOS PERSONALES :

Nombre y apellidos del niño@:					
Fecha de nacimiento:		Edad:			
Dirección:					
Localidad:		Provincia:		CP:	
Nombre y apellidos del padre:					
Nombre y apellidos de la madre:					
Teléfono del padre:		Teléfono de la madre:			
E-mail:					

DATOS DE SALUD :

¿Tiene alguna enfermedad que debamos tener en cuenta?:	SI		NO	
¿Cuál?:				
¿Tiene alguna alergia que debamos tener en cuenta?:	SI		NO	
¿Cuál?:				

DIAS DE ASISTENCIA Y HORARIO :

· Marcar con una cruz los días que vuestro hijo asistirá al **CAMPUS de FUTBOL DBASE** ·

ABRIL 2017						
L	M	X	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

· Marcar con una cruz el horario en que vuestro hijo asistirá al **CAMPUS de FUTBOL DBASE** ·

JORNADA DE MAÑANA

- Horario Normal (De 9:00 a 14:00 horas).
 Horario Ampliado (De 7:30 a 14:00 horas) + Desayuno.

JORNADA DE MAÑANA Y TARDE

- Horario Normal (De 9:00 a 16:30 horas) + Comida.
 Horario Ampliado (De 7:30 a 16:30 horas) + Desayuno + Comida



**INSCRIPCIÓN II CAMPUS DE FUTBOL DBASE
SEMANA SANTA 2017
CIUDAD DEPORTIVA EUROPA (LEGANES)**

AUTORIZACIONES :

AUTORIZACIÓN PARA CESIÓN DE IMAGEN DE MENORES

Yo D./Dña. con D.N.I.
como padre/madre/tutor del niño/a

Autorizo a la **ESCUELA de FUTBOL DBASE** para que realice fotos y/o reportajes de video de mi hijo/a en el **II CAMPUS de FUTBOL DBASE** con la finalidad de compartirlos en las redes sociales, blog y pagina web.

AUTORIZACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Yo D./Dña. con D.N.I.
como padre/madre/tutor del niño/a

Autorizo a los formadores de la **ESCUELA de FUTBOL DBASE** para que en caso de emergencia y no ser posible nuestra localización puedan trasladar a mi hijo/a al hospital o clínica que estimen más oportuno, así como a tomar las decisiones que los facultativos aconsejen en cada circunstancia.

Leganes, a de de 201.....

Firma del padre/madre/tutor