



## INSCRIPCION CAMPUS FUTBOL SALA



ORGANIZADO POR LA ESCUELA DE FUTBOL SALA DE COLMENAR VIEJO y **Colmenar Viejo**

NOMBRE.....

1er APELLIDO..... 2ºAPELLIDO.....

FECHA DE NACIMIENTO.....

NOMBRE PADRE/MADRE.....

TELF. CONTACTO.....EMAIL.....

### ASISTENCIA AL CLÍNIC (MARCAR CON UNA X)

- SEMANA 24 JUNIO AL 28 DE JUNIO.
- SEMANA 1 AL 5 DE JULIO
- SEMANA 8 AL 12 DE JULIO
- AMPLIACION HORARIA DE 15:00 H A 16:00 H

NUMERO DE CUENTA de la E.F.S. COLMENAR VIEJO es: ES28 2100 6425 9921 0008 4424

ALERGIAS:-

---

---

¿Sabe nadar?

---

Observaciones:

*Autorizo a mi hijo/a para que participe en todas las actividades del Clínic de Fútbol Sala. Así mismo, autorizo al personal responsable para que en caso de accidente o enfermedad de mi hijo/a, actúen como mejor proceda. Asimismo, autorizo al a realizar fotografías y videos del alumno y publicarlas en los medios de comunicación propiedad de la E.F.S. Colmenar Viejo.*

Fecha:

Firma: