

SPORTEN WINNER 2019
INSCRIPCIÓN CAMPUS BALONCESTO & IDIOMAS
Liceo Francés Internacional de Tenerife

Por mail: mandar el boletín firmado y escaneado sportenwinner@gmail.com

Contactos : 639 992 608 LALY/ 610280239 ANA

Transferencia Bancaria IBAN: **ES03 2100 6656 2722 0063 2290 Sporten Winner**

*Indicar el nombre del niño y mandar un mail de confirmación del pago

Para asistir al campamento es obligatorio abonar la inscripción antes de comenzar

Cuota no reembolsable por inasistencia

-10% SEGUNDO HERMANO (no acumulable)

Nombre _____

Apellidos _____

Fecha Nacimiento _____ Edad _____

Teléfonos: _____

E.mail Mayúscula: _____

Dirección _____

Población: _____ CP _____

Autorización:

D. /D^a _____

Con DNI: _____

Como padre/madre/tutor del joven autorizo a éste a practicar todas las actividades del Campus Sporten Winner 2019

En Santa Cruz, a _____ de _____ 201_

Firma:

Observaciones médicas

Anote todo aquello que considere necesario que debemos conocer: _____

Reacciones alérgicas o a medicamentos: _____

¿Toma alguna medicación? _____

AUTORIZACIÓN

Asimismo autorizo al personal responsable del Campus para que en caso de accidente o enfermedad de mi hijo actúen como mejor proceda.

AUTORIZO mi hijo/a a participar en todas las actividades deportivas que ofrece el campus: (deportivas y culturales) Estoy informado sobre las actividades que se van a ofrecer durante el campus.

DECLARO conocer que durante las actividades, mi hijo/a podrá ser fotografiado o grabado y estas imágenes podrán ser utilizadas con fines didácticos o de promoción de la actividad. No quiero que se utilice las imágenes de mi hijo

Informamos que los datos personales que puedan constar en este documento, están incorporados en un fichero creado bajo nuestra responsabilidad, para gestionar nuestra relación negocial. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición dirigiéndose por escrito a: Sporten Winner C/Rubens Marichal López 95- grupo1 fase3 - 38170 S/Cruz Tél : 639992608 www.sporten-winner.es

Personas Autorizadas para recoger a mi hijo/a:

Nombre _____ DNI: _____

Nombre _____ DNI: _____

INDICAR FECHA Y OPCIÓN

	SIN COMEDOR	CON COMEDOR	FECHA
1 SEMANA	75E	95E	_____
2 SEMANAS	150E	180E	_____
3 SEMANAS	225E	265E	_____
MES COMPL	310E	355E	_____

TOTAL: _____

HORARIO sin comedor: 7:30-13:30

CON COMEDOR: 7:30-16:00