

FULL INSCRIPCIÓ – ESTIU 2019

DADES DEL JUGADOR

NOM I COGNOMS: _____

DATA DE NAIXEMENT: _____ EDAT: _____ DNI: _____

LOCALITAT: _____ ADREÇA: _____

CP: _____ PROVÍNCIA _____ TELÈFON: _____

CORREU ELECTRÒNIC: _____ TALLA SAMARRETA: _____

TALLA PANTALÓ: _____ NUM.TARGETA SANITÀRIA: _____

AUTORITZACIÓ

En/Na _____ amb DNI _____, com a pare/mare/tutor legal de _____

AUTORITZO al meu fill/filla a participar al CAMPUS FUTBOL ESTIU 2019 – FC SANT CELONI, en les següents setmanes (marqui les setmanes).

Setmana	Dies	Indiqueu Setmana	Servei Bon dia
Setmana 1	del 25 al 28 de juny		
Setmana 2	de l'1 al 5 de juliol		
Setmana 3	del 8 al 12 de juliol		
Setmana 4	del 15 al 19 de juliol		
Setmana 5	del 22 al 26 de juliol		

Número Setmanes	Preu per setmana	Preu Total	Opció escollida
1 Setmana	75€ Setmana	75,00 €	
2 Setmanes	75€ Setmana	150,00 €	
3 Setmanes	70€ Setmana	210,00 €	
4 Setmanes	70€ Setmana	280,00 €	
5 Setmanes	65€ Setmana	325,00 €	

Indiqueu a la casella de "Servei Bon dia", les setmanes senceres en que voldreu disposar d'aquest servei (10€ x setmana). Per necessitat del servei esporàdica, el preu serà de 3€ i ho podreu sol·licitar el dia abans, informant al director del campus.

A _____, el ____ de _____ de 2019

SIGNATURA PARE/MARE/TUTOR

DOCUMENTACIÓ NECESSÀRIA

Per a realitzar correctament la inscripció al campus, es necessari que adjunteu amb aquest document, una fotocòpia del llibre de vacunes, de la targeta sanitària i del DNI del menor i de qui l'autoritza.

Campus FC Sant Celoni



A l'estiu viu el futbol !

AUTORITZACIÓ D'ÚS DE DADES PERSONAL I ENREGISTRAMENT I DIFUSIÓ D'IMATGES

(1) Als efectes del que disposa la Llei Orgànica 15/1999 de Protecció de Dades Personals, de 13 de desembre, l'informem que les seves dades personals i les del seu fill/a incloses en aquest formulari, així com les dades de salut del seu fill/a, facilitades per vostè per al desenvolupament del campus, seran incloses en un fitxer automatitzat creat sota la nostra responsabilitat. Aquestes dades personals les facilita voluntàriament per establir una relació amb aquest Club, essent necessari pel manteniment i el compliment de la mateixa, així com per dur a terme la gestió personal, comptable i administrativa del Campus. (2) Vostè té dret a accedir a la informació que li concerneix recopilada en els nostres fitxers, rectificar-la en cas de ser errònia o cancel·lar-la o oposar-s'hi dirigint-se per escrit al FUTBOL CLUB SANT CELONI, (Avda Catalunya, 14 – 08470 – Sant Celoni). (3) Als efectes de l'article 21 de la Llei 34/2002 d'11 de juliol, de serveis de la informació i comerç electrònic vostè autoritza a rebre comunicacions que puguin ser del seu interès relacionades amb el FC SANT CELONI a través del seu correu electrònic o per qualsevol altre mitjà. (4) Vostè autoritza al FC SANT CELONI a la gravació visual del jugador durant el campus, així com a l'ús de la seva imatge a través de qualsevol forma de comunicació utilitzant els mètodes tècnics coneguts a l'actualitat i els que poguessin desenvolupar-se en el futur, i per a qualsevol aplicació amb les limitacions establertes per la Llei Orgànica 1/1982, de 5 de maig, sobre Protecció Civil del Dret a l'Honor, a la Intimitat Personal i familiar i a la Pròpia Imatge, i la Llei Orgànica 1/1996, de 15 de gener, de Protecció Jurídica del Menor, de modificació parcial del Codi Civil i de la Llei d'Enjudiciament Civil. (5) Autoritzo que el meu fill/a participi en els desplaçaments que s'hagin de fer en relació amb les activitats organitzades pel club, **en cas contrari, marqui una X []**.

A _____, el ___ de _____ de 2019

SIGNATURA PARE/MARE/TUTOR

ENQUESTA MÈDICA

PREGUNTA	SI	NO	QUIN/QUINA?
Ha patit alguna malaltia important?			
Ha estat mai operat?			
Pateix algun tipus d'al·lèrgia?			
Actualment està prenent algun medicament?			
Presenta alguna anomalia física?			
Utilitza plantilles o ulleres?			
Està pendent de fer alguna visita mèdica?			
Té alguna intolerància alimentària?			
Pateix malaltia cardíaca?			
Està vacunat segons el calendari oficial vigent?			

OBSERVACIONS I/O COMENTARIS D'ALTRES ASPECTES DE SALUT:

El que signa dona validesa a totes les dades atorgades anteriorment i no es deixa cap informació mèdica rellevant i important per la realització d'activitats esportives, així com alguna anomalia perjudicial pels companys.

A _____, el ___ de _____ de 2019

SIGNATURA PARE/MARE/TUTOR