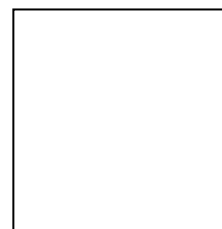


FICHA DE INSCRIPCIÓN CAMPUS FUTBOL ELITEFUTBOL 2019
CENTRO DEPORTIVO Y COLEGIO AMOROS


FECHA DE INSCRIPCIÓN: ____/____/____

JUGADOR@	
APELLIDOS:	
NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
CLUB DE PROCEDENCIA:	JUGADOR: ☐ PORTERO: ☐
COLEGIO DE PROCEDENCIA:	TALLA CAMISETA:
ENFERMEDADES, ALERGIAS E INTOLERANCIAS: (Se deberá adjuntar informe médico)	
PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL DE LOS MENORES	
APELLIDOS:	
NOMBRE:	DNI:
TELEFONO FIJO:	TELEFONO MOVIL:
EMAIL:	

PUEDE ELEGIR LAS SEMANAS QUE DESEE, MARCAR LA SEMANA Y SI ES AMPLIADO O NO	
☐ SEMANA 1 : DESDE EL 24 DE JUNIO AL 28 DE JUNIO (9:00-14:00)	☐ AMPLIADO / COMIDA (9:00 A 17:00)
☐ SEMANA 2 : DESDE EL 1 DE JULIO AL 5 DE JULIO (9:00-14:00)	☐ AMPLIADO / COMIDA (9:00 A 17:00)
☐ SEMANA 3 : DESDE EL 8 DE JULIO AL 12 DE JULIO (9:00-14:00)	☐ AMPLIADO / COMIDA (9:00 A 17:00)
☐ SEMANA 4 : DESDE EL 15 DE JULIO AL 19 DE JULIO (9:00-14:00)	☐ AMPLIADO / COMIDA (9:00 A 17:00)
☐ SEMANA 5 : DESDE EL 22 DE JULIO AL 26 DE JULIO (9:00-14:00)	☐ AMPLIADO / COMIDA (9:00 A 17:00)

9:00 a 14:00 La semana 80€/ semana. Sin comida y sin desayuno	9:00 a 17:00 La semana 150€/ semana. Con comida	Posibilidad de entrar a las 8:00 y salir a las 15:00 sin coste añadido	Desayuno 3.20 euros día. Comida 7.50 euros día
--	--	---	---

Mediante la firma del presente documento, la persona arriba referenciada **AUTORIZA:**

- a) Al/los alumn@s anteriormente descritos a realizar las actividades programadas.
Así mismo, declara conocer y aceptar las condiciones y normas que la organización ha impuesto para dicha actividad y renuncia a emprender cualquier acción legal contra la propia organización ante circunstancias que sean imputables a desobediencia o negligencia del participante. Igualmente, se hace responsable de los perjuicios que pueda ocasionar el/los menores en caso de omitir datos médicos del estado de salud del participante así como de los desperfectos que pudiera ocasionar en las instalaciones.
- b) A CD DEPORMADRID (ELITEFUTBOL):
- Tomar cualquier decisión médico-quirúrgica por motivos y/o situaciones de carácter grave que pudieran acontecer, siempre que se cuente con el debido asesoramiento médico.
 - Realizar el traslado a un centro sanitario en caso de necesidad.

Firmado (Nombre y apellidos) _____

CLAUSULADO PARA CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS

Debido al nuevo reglamento de protección de datos, en virtud de lo establecido en el REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos de Carácter Personal, es necesario recabar su consentimiento expreso e inequívoco para que podamos tratar sus datos personales.

Para ello le solicitamos que, por favor, nos cumplimenten lo siguientes datos y así actualizarlos:

Nombre y Apellidos del Padre/Madre/Tutor: _____

DNI/NIF/NIE: _____

Nombre y Apellidos del Menor: _____

DNI/NIF/NIE: _____ Fecha Nacimiento: _____

En el CDE DEPORMADRID (ELITEFUTBOL) tratamos la información que nos facilita con el fin de prestarles el servicio. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación con nosotros o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se ceden a terceros salvo aquellos casos imprescindibles para contratar con el seguro de accidentes y asistencia sanitaria correspondiente a la actividad que su hijo/a va a participar, así como en los casos que exista una obligación legal.

Usted tiene derecho a obtener la confirmación sobre si en CDE DEPORMADRID (ELITEFUTBOL) estamos tratando sus datos personales, así como a ejercer sus derechos como interesado. Puede obtener más información dirigiéndose: Responsable: CDE DEPORMADRID (ELITEFUTBOL) CIF: G- 88054051 Dir. Postal: C/Alcobendas N°9, Local 3, Leganés (Madrid) Teléfono: 672 13 99 72 Mail: campus@elitefutbol.es

- ☐ Acepto y consiento que los datos solicitados mediante este documento sean utilizados con la finalidad de informarle sobre información relacionada con las actividades de CDE DEPORMADRID (ELITEFUTBOL)
- ☐ Acepto y consiento que las imágenes de mi hijo/a aparezcan en redes sociales y los servicios web del CDE DEPORMADRID (ELITEFUTBOL)
- ☐ Acepto y consiento que los datos míos y de mi hijo sean cedidos a la aseguradora correspondiente para poder contratar la póliza de seguro de accidentes y asistencia sanitaria para el campus.
- ☐ Acepto y consiento recibir comunicaciones a través de mensajería instantánea como WhatsApp con la finalidad de agilizar la gestión de las comunicaciones e informaciones relacionadas con CDE DEPORMADRID (ELITEFUTBOL)

En _____ a ____ de _____ 20__

Firmo conforme he sido informado, entiendo y autorizo el tratamiento de datos personales

Fdo.: _____