



# FULL D'INSCRIPCIÓ

## CAMPUS SETEMBRE 23 CITY ESCALDES F.C.

### PARTICIPANT:

Nom: \_\_\_\_\_

Cognoms: \_\_\_\_\_

Data de Naixement: \_\_\_\_\_ Edat: \_\_\_\_\_

Telèfon: \_\_\_\_\_ Talla camiseta: \_\_\_\_\_

### DADES DEL PARE/MARE/TUTOR:

Mare: \_\_\_\_\_

Telèfon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Pare: \_\_\_\_\_

Telèfon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Altres Telèfons de contacte (parentiu): \_\_\_\_\_

Persones autoritzades a recollir-lo: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONS MÈDIQUES:** Necessitats específiques (tractaments, al·lèrgies, menjars, socioafectius, etc.): \_\_\_\_\_

Observacions Generals: \_\_\_\_\_

Autoritzo el meu fill/a a participar en el Campus de Setembre de CITY ESCALDES F.C. per desenvolupar totes les activitats que s'hi duguin a terme. Així mateix, declaro que els metges el consideren apte per a l'activitat físic/esportiva.

Autoritzo el tractament d'imatges (fotografies i vídeos) en què aquest pogués aparèixer, a efectes d'anuncis, publicacions o altres activitats.

<input type="checkbox"/>	<b>OPCIÓ A:</b> Del 4 al 7 de setembre De 9 h a 15 h dinar inclòs per 99 €
<input type="checkbox"/>	<b>OPCIÓ B:</b> Del 4 al 7 de setembre De 9 h a 14 h sense dinar per 79 €

Titular del compte:	
IBAN:	

Signatura:

CONTACTE:

SEBAS GÓMEZ: 637378

cityescaldes@gmail.com