



WORKOUT SKILLS ACADEMY FICHA DE INSCRIPCIÓN

1.- ALUMNO/A PARTICIPANTE				
Apellidos y Nombre				
Fecha de Nacimiento		Edad		Nacionalidad
Colegio Curso Actual				

2.- TURNOS SOLICITADOS (marcar con una X)	
<input type="checkbox"/>	TURNO 1: del 26 al 30 de junio
<input type="checkbox"/>	TURNO 2: del 3 al 7 de julio
<input type="checkbox"/>	TURNO 3: del 10 al 14 de julio

3.- PAGO CAMPUS
La Caixa: ES64 2100 1868 7002 0001 1558
Indicar NOMBRE y APELLIDOS del/a participante

4.- NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL									
Apellidos y Nombre					DNI-NIE				
Domicilio:								Nº	
Bloque		Portal		Escalera		Piso		Puerta	
Teléfono Fijo				Teléfono Móvil					
Email									

5.- DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA APORTADA (marcar con una X)	
<input type="checkbox"/>	Fotocopia de la Cartilla o Tarjeta Seguridad Social del/de la Alumno/a Participante
<input type="checkbox"/>	Fotocopia del Informe Médico, en caso necesario
<input type="checkbox"/>	Justificante de la transferencia

6.- OBSERVACIONES sobre los turnos y horarios



7.- ALERGIAS				
¿Presenta alergias a algún alimento?	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
En caso afirmativo. ¿De cuál/es se trata? (Adjuntar Informe médico)				
¿Presenta alergias a algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
En caso afirmativo, ¿de cuál/es se trata? (Adjuntar informe médico)				
Algún otro dato a tener en cuenta sobre alergias				

8.- OTROS DATOS				
¿Tiene todas las vacunas correspondientes a su edad?	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
¿Se le está suministrando actualmente alguna medicación?	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
En caso afirmativo. ¿De cuál/es se trata?				
¿Ha tenido alguna vez alguna reacción alérgica?	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
¿Presenta alguna discapacidad?	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
En caso afirmativo, ¿de cuál/es se trata?				
En este último caso, debe ponerse en conocimiento del equipo de monitores para facilitar al/la alumno/a la estancia en el campamento.				

9.- AUTORIZACIONES DEL PADRE, DE LA MADRE O TUTOR/A
A) Autoriza con su firma a incluir los datos personales del/de la Alumno/a en las bases de datos del Club Deportivo La Paz para la difusión de sus actividades. El Club Deportivo La Paz de Parla se compromete a no transferir datos a ninguna entidad pública o privada. En Parla, a _____ de _____ de 20____ Se autoriza con la firma del Padre, de la Madre o Tutor/a
B) Autoriza con su firma a participar al/la Alumno/a en las actividades programadas del Workout Skills Academy, organizadas por el Club Deportivo La Paz de Parla, aceptando las decisiones del personal responsable del mismo. En Parla, a _____ de _____ de 20____ Se autoriza con la firma del Padre, de la Madre o Tutor/a
C) Autoriza con su firma a que el/la Alumno/a pueda ser fotografiado o filmado durante el desarrollo del Workout Skills Academy, en los términos que recogen la Ley 1/1982, sobre el derecho de honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, y la Ley 15/1999, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. En Parla, a _____ de _____ de 20____ Se autoriza con la firma del Padre, de la Madre o Tutor/a