



CAMPUS INTERNACIONAL BISONTES CASTELLÓN

Benicasim, del 30 de junio al 2 de julio

EXTERNO 60€	<input type="text"/>
INTERNO 95€	<input type="text"/>

DATOS DEL NIÑO/A

NOMBRE COMPLETO	<input type="text"/>	
DOMICILIO	<input type="text"/>	
POBLACIÓN	<input type="text"/>	
FECHA NACIMIENTO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CLUB EN EL QUE JUEGA	<input type="text"/>	
DEMARCACIÓN	<input type="text"/>	
PIERNA HÁBIL	<input type="text"/>	
TALLA CAMISETA	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS MÉDICOS

Nº SEGURIDAD SOCIAL	<input type="text"/>
PROBLEMAS FÍSICOS O ENFERMEDAD A TENER EN CUENTA	<input type="text"/>

TOMA ALGUNA MEDICACIÓN	<input type="text"/>
------------------------	----------------------

ACTIVIDAD

SABE NADAR?	<input type="text"/>
HA PARTICIPADO ALGUNA VEZ EN ALGÚN CAMPUS?	<input type="text"/>
EN CUAL?	<input type="text"/>

DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL

NOMBRE COMPLETO	<input type="text"/>	
DNI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELEFONOS DE CONTACTO	<input type="text"/>	
EMAIL	<input type="text"/>	

COMO TE LLEGÓ LA INFORMACIÓN? (PRENSA, RADIO, INTERNET, COLEGIO, CARTELES, ETC)

<input type="text"/>

MODO DE INSCRIPCIÓN

Rellenar correctamente este formulario y Enviar al E-mail club@bisontescastellon.com junto con el justificante del ingreso bancario de **20 EUROS** al número cuenta de Caja Mar **ES94 3058 7300 8327 2003 1452** como reserva .

El resto del pago de deberá abonar antes del 20 de junio

AUTORIZACIÓN

Certifico que mi hijo/a no padece ninguna enfermedad que le impida la practica deportiva. Autorizo al CFS BISONTES CASTELLÓN en caso de máxima urgencia con el consentimiento y prescripción médica, a tomar las decisiones médico-quirúrgicas necesarias

si fuese necesario al ser imposible mi localización. Así como las imágenes de mi hijo/a para promocionar el Campus o cualquier otro evento.

Ley orgánica de protección de datos 15/1999, 13 de diciembre

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR
