

# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

TEMPORADA 24/25



Por favor, lea atentamente y rellene todos los apartados. Si completa el formulario a mano deben utilizar letra **MAYÚSCULA** para su mejor comprensión.

## INFORMACIÓN DEL JUGADOR/A

Nombre/s

Apellidos

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)

Edad

DNI/NIE

Nacionalidad

Dirección

Localidad

CP

Teléfono móvil

Escriba "SÍ" si autoriza a Lincés Voleibol Club a publicar fotos y subir grabaciones de partidos y eventos a la web.

1



LINCÉS VOLEIBOL CLUB

ES81 0049 0456 9627 1071 8769

[www.lincesvoleibolclub.es](http://www.lincesvoleibolclub.es)

[info@lincesvoleibolclub.es](mailto:info@lincesvoleibolclub.es)

640 988 806

656 727 119

Nivel Académico

Profesión

Mano dominante

Altura

Talla de camiseta

Talla de sudadera

Talla de pantalón/culote de juego

Talla de calcetines

Nombre para el dorso de camiseta

SELECCIONAR EL SITIO DE ENTRENAMIENTO:

PABELLÓN  
DEPORTIVO  
ROSA CHACEL

COMPLEJO  
DEPORTIVO  
DEL PARQUE

IES  
EL MELGAR

Correo electrónico. (Si eres menor de edad, debes tener el consentimiento de tu tutor legal)

Escriba "Sí" si quiere que se utilice este correo para informar de los datos de pago. (En caso contrario, tu tutor o tutores deben completar la solicitud que figura a continuación).

He leído y acepto las condiciones y normas del club que se encuentran en el apartado [INSCRIPCIONES](#) ➔ [CONDICIONES Y NORMAS](#)

2



### TUTOR 1

Nombre/s

Apellidos

DNI/NIE

Teléfono móvil

CP

Localidad

Profesión

Correo electrónico

Escriba "SÍ" si quiere que se utilice este correo para informar de los datos de pago.

### TUTOR 2

Nombre/s

Apellidos

DNI/NIE

Teléfono móvil

CP

Localidad

Profesión

Correo electrónico

Escriba "SÍ" si quiere que se utilice este correo para informar de los datos de pago.

