

INSCRIPCIÓN

CAMPUS de VERANO 2025



! 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 MATRICULADO

Nombre/s

Apellidos

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)

Edad

DNI/NIE

Nacionalidad

Dirección

Localidad

CP

Nº de la Seguridad Social (Tarjeta Sanitaria)

Escriba "SÍ o NO" si autoriza o no autoriza a Lincés Voleibol Club a publicar fotos y subir grabaciones de partidos y eventos a la web.

1



LINCES VOLEIBOL CLUB
ES81 0049 0456 9627 1071 8769

www.lincesvoleibolclub.es
info@lincesvoleibolclub.es

640 988 806
656 727 119

FECHA DE INICIO CAMPUS DE VERANO
(dd/mm/aaaa)

FECHA DE FINAL CAMPUS DE VERANO
(dd/mm/aaaa)

Alergias / Intolerancias / Comentarios

Medicación

¿Sabe nadar?

Teléfono de emergencia en horario del Campus

Nombre persona de contacto

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.

