



CAMPUS DE NAVIDAD ATC HOSPITALENSE

27 – 28 Y 29 DICIEMBRE 2023

2 – 3 – 4 Y 5 ENERO 2024

HOJA DE INSCRIPCIÓN

DATOS DEL NIÑO/A:

NOMBRE	
APELLIDOS	
F. NACIMIENTO	/ /
DNI/NIE/PASAPORTE	
CATSALUT	
¿JUGADOR/A O PORTERO/A?	

DATOS DEL PADRE / MADRE / TUTOR LEGAL:

NOMBRE	
APELLIDOS	
DNI/NIE/PASAPORTE	
N.º DE TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO	
POBLACION	

Para formalizar la inscripción, se deberá entregar presencial o telemáticamente este documento junto las autorizaciones firmadas, el justificante de pago del campus, además del DNI y tarjeta sanitaria del nene y el DNI de mama/papa/tutor legal.

Se puede realizar el pago a través de transferencia bancaria al número de cuenta siguiente:

BANCO SANTANDER:

ES44 0049 0561 7728 1042 1125

Concepto: Campus ``nombre del participante``.

Ejemplo: Campus José Guzmán Pérez

También se podrá realizar el pago en las oficinas del club en efectivo o tarjeta.



PARA LOS DIAS 27 – 28 Y 29 DE DICIEMBRE 2023

MARCAR CON UNA X LOS DIAS Y LA JORNADA INTERESADA

FECHA	ACOGIDA (08:00 - 09:00)	CAMPUS MAÑANA (9:00 – 13:30)	CAMPUS COMPLETO (9:00 – 16:30)
27/12/2023			
28/12/2023			
29/12/2023			

PARA LOS DIAS 2 – 3 – 4 Y 5 DE ENERO 2024

MARCAR CON UNA X LOS DIAS Y LA JORNADA INTERESADA

FECHA	ACOGIDA (08:00 - 09:00)	CAMPUS MAÑANA (9:00 – 13:30)	CAMPUS COMPLETO (9:00 – 16:30)
02/01/2024			
03/01/2024			
04/01/2024			
05/01/2024 (HASTA LA 13:30)			



AUTORIZACIONES

El Sr/Sra. _____ con DNI _____,
como padre, madre o tutor legal de _____

AUTORIZO al ATC Hospitalense los derechos de imagen del menor de edad y certifico la difusión de imágenes para informar y promocionar las actividades del club. Con este documento, ATC Hospitalense se compromete a que las difusiones de las imágenes serán exclusivamente para la página web y las redes sociales y que no se utilizarán, en ningún caso, con finalidad comercial.

AUTORIZO a que mi hijo/a se vaya solo a casa cuando finalice la jornada de campus, bajo mi responsabilidad y sin que ningún adulto se responsabilice de acompañarlo/a.

ALERGIAS

Con el objetivo de poder ofrecer un buen servicio de comidas, con todas las garantías y seguridad alimentarias, les rogamos que cumplimenten con detalle este formulario sobre la situación particular de su/s hijo/a/s.

Asimismo, con su firma en este documento confirma que ha sido informado detalladamente de la obligatoriedad de aportar toda la información de la que dispone sobre la/s alergia/s o intolerancia/s de su/s hijo/a/s, por lo que exime al ATC Hospitalense de cualquier responsabilidad por las consecuencias que se pudieran derivar de la ausencia o incorrección de datos al respecto.

Es asmático —————> SI / NO

Tiene algún tipo de alergia alimentaria —————> SI / NO

En caso afirmativo indique cual _____

Tiene algún otro tipo de alergia —————> SI / NO

En caso afirmativo indique cual _____

Toma algún medicamento —————> SI / NO Cuál _____

Firma y nombre de Padre / Madre / Tutor Legal