

I CLINIC PORTEROS SEMANA SANTA

10-11-12 ABRIL

ORGANIZA CP DON BOSCO

INSCRIPCIÓN I CLINIC PORTEROS SEMANA SANTA 2017

DATOS DEL ALUMNO

Apellidos _____
Nombre _____
Fecha nacimiento _____ Localidad de residencia _____
Telefono fijo _____ Móvil _____ E-mail _____
Firma de alumno

DATOS DEPORTIVOS

Club temporada actual _____ (Juvenil, Cadete, Inf., Alevín, Benjamín, Prebenjamín y zagalín)
Talla de Guantes _____ Talla de camiseta _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CAMPUS

- ❖ El coste del campus es de 60 euros (sesenta €) por alumno los días 10, 11 y 12 de abril (10% descuento pronto pago hasta 30 de marzo)
- ❖ Formación intensiva de porteros durante los tres días
- ❖ Monitores específicos
- ❖ Equipación deportiva : guantes y camiseta gratis

Mas información:

Email:
clinicporterosdonbosco@gmail.com
Tlf: 687892768 (Teo)

AUTORIZACIÓN PARA EL MENOR

D/D^a. _____ Con D.N.I. _____ En mi condición de: _____
(Padre, madre o tutor)

AUTORIZO la participación de mi hijo/a en el CLINIC de Porteros de C.P. Don Bosco durante los días 10, 11 y 12 de Abril de 2017. Asimismo, declaro bajo mi responsabilidad que no padece enfermedad o impedimento físico, psíquico o sensorial alguno para la práctica deportiva relacionada con dicha actividad.

En Badajoz a _____ de _____ de 2017

Fdo.:

Teléfonos de contacto y correo electrónico del padre Telf: _____ E-mail _____

El alumno: _____ queda inscrito en el CLINIC de Porteros organizado por el C.P. Don Bosco los días 11, 12 y 13 de abril de 2017, habiendo satisfecho la cantidad de € (..... €) en concepto de pago del curso mediante:

Transferencia Bancaria (Aportando documento justificativo en este mismo acto)

En efectivo Entregando en este mismo acto dicha cantidad

Firmado:(Responsable del curso)
Fecha: