



FICHA DE INSCRIPCIÓN

Cumplimentar y entregar en la Oficina del Club)

Nº SOCIO

PADRE / MADRE o TUTOR

Nombre: _____ Apellidos _____

DNI: _____ Domicilio: _____ Localidad: _____ CP: _____

Tfno. fijo: _____ Tfno. móvil: _____ email: _____

DEPORTISTA

Nombre: _____ Apellidos: _____

DNI: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ CP: _____

Deporte elegido:

Natación Waterpolo Natación/Waterpolo Natación Fin de Semana

Foto Del
Deportista

Datos a rellenar por el Club

Matrícula: 30€

							Sabe nadar	NO sabe nadar				
Cuota Mensual:	55€	35€	45€	55€	Escuela	5€	Fin de	28€	40€	/	33€	45€
	Socios <input type="checkbox"/>	Abonados <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waterpolo <input type="checkbox"/>		Semana <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por medio del presente **solicito** que sea admitido como:

- SOCIO** el Padre/Madre o Tutor
- SOCIO** el Deportista
- ABONADO**

En caso de que el deportista sea menor de edad, como padre, madre o tutor cuyos datos figuran en el primer apartado, autorizo al deportista a figurar como **SOCIO** del Club Natación Ciudad de Alcorcón.

del **CLUB NATACIÓN CIUDAD DE ALCORCÓN** de acuerdo con los estatutos, normativas y reglamentos del Club. Así mismo, **solicito** la inclusión del Deportista Federado (Socios) o del deportista de precompetición (Abonados), en la actividad, grupo o equipo: del citado Club.

Igualmente **autorizo** al CLUB NATACIÓN CIUDAD DE ALCORCÓN a que sean cargados en la cuenta que indico a continuación los recibos que se presenten a mi nombre como recibos mensuales y aquellos importes generados por comisiones bancarias de cuotas devueltas o no abonadas en el mes correspondiente. Además, en el caso de los socios, autorizo las cuotas extraordinarias y el pago de equipación cuando así proceda.

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Tiene algún problema físico o enfermedad que le limite hacer ejercicio? Sí No

¿Toma algún tipo de medicamento? Sí / No. En caso positivo indicar cual:

¿Es alérgico a medicamentos, alimentos, insectos u otros? Sí / No

En caso positivo indicar a qué:

Autorizo / **No** autorizo, al Club Natación Ciudad de Alcorcón a la publicación de fotografías y/o vídeos míos, y/o de hijo/a en las que aparezca nadando o en actividades que organice dicho Club.

Autorizo / **No** autorizo, a la incorporación de los datos personales míos y/o de mi hijo/a al fichero del CNCA, y mi consentimiento para tratar estos datos para informarme sobre las actividades y comunicaciones generales del Club, en cumplimiento con lo establecido en la L.O.P.D. 15/1999 y el Reglamento (UE) 2016/679

COMPROMISO JUEGO LIMPIO

He recibo y leído la carta donde figuran las normas de Compromiso Juego Limpio que ha marcado la Concejalía de Deportes del Ayuntamiento de Alcorcón para sus instalaciones deportivas, aceptando cumplir este compromiso ya sea el código del deportista o el código de padres y espectadores.

Alcorcón, de _____ de 20____

Firma del deportista

Firma del padre o tutor

