

1. FECHAS:

- Junio 28 a 2
- Julio 5 a 9
- Julio 12 a 16
- Julio 19 a 23
- Julio 26 a 30

2. DATOS DEL PARTICIPANTE:

- Nombre y Apellidos:.....
- Fecha de Nacimiento:.....
- Domicilio:.....
- Ciudad:.....
- Talla Camiseta JUNIOR: 3\4 5\6 7\8 9\11 12\13 14/15
- Indica una referencia de nivel;
No he jugado nunca He jugado alguna vez Juego regularmente
Compito torneos amateur Compito federado
- He recibido clases de pádel: Sí NO
- En caso afirmativo, indicar Club de entrenamiento y nº de temporadas:.....

3. DATOS DE LOS PADRES O TUTORES:

- Nombre y Apellidos Padre:.....
- Tel. De contacto:.....

- Nombre y Apellidos Madre:.....
- Tel. De contacto:.....

- Correo electrónico 1:.....
- Correo electrónico 2:.....

4. FICHA MÉDICA DEL PARTICIPANTE

- Grupo Sanguíneo:
- Seguro Médico Privado:
- Medicación (detallar nombre de los medicamentos y el motivo de la medicación):
- Reacciones Alérgicas (especificar claramente y marcar la casilla de arriba):
 - Medicamentos:.....
 - Alimentos:.....
 - Insectos:.....
 - Otras:.....
- Enfermedades Actuales:
- Régimen especial de comidas: Sí No. En caso afirmativo, especificar:
- Vacunas (últimos 6 meses):

Observaciones:

Yo,..... con DNI como padre/madre/tutor del niño/a que mediante esta ficha se inscribe a PADEL SUMMER CAMP PT, declaro con la firma de esta ficha de inscripción, que va realizar la actividad bajo mi responsabilidad asumiendo la NO REALIZACIÓN de un Reconocimiento Médico previo que valore su estado de salud para la práctica deportiva.

5. AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA DE LOS NIÑOS EN LOS CAMPUS

D/Dña con D.N.I en calidad de madre, padre o tutor/a, autoriza a las personas que se detallan abajo para recoger a su hijo/a que participa en los Campus;

Persona 1:

Persona 2:

- | | | |
|---------------------|-------|-------|
| · NOMBRE; | | |
| · APELLIDOS; | | |
| · D.N.I. | | |
| · TELÉFONO / MÓVIL; | | |

Los datos personales recogidos serán tratados por INDOOR PADEL TRAINING SL, responsable del tratamiento, para la gestión de su solicitud. La base legal para el tratamiento de sus datos es el consentimiento que presta al realizar la presente solicitud. Sus datos no serán comunicados salvo por imperativo legal y se conservarán durante el tiempo que dure el presente tratamiento, así como durante el plazo que pueda surgir una reclamación. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad, oposición y retirada del consentimiento a través del correo electrónico info@padeltraining.com, así como acudiendo personalmente a la sede Avda de la Técnica 3, Rivas Vaciamadrid (Madrid).

- Autorizo a recibir comunicaciones electrónicas vía correo electrónico relativas a la actividad.es desarrolladas por el Club.
- Autorizo a que mi hijo.a aparezca en fotos o videos exclusivamente ejerciendo las actividades a desarrollar en el Campus con el fin de obtener un reportaje semanal que se difundirá entre padres, madres y redes sociales del Club.
- Autorizo a mi hijo.a a acudir con los compañeros.as y monitores del Campus a las actividades programadas en las instalaciones anexas a Indoor Padel Training SL.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR (indicando DNI): RIVAS VACIAMADRID, a de de 2019.