



INSTRUCCIONES:

Rellena los todos los DATOS PERSONALES DEL ALUMN@. Pon el nombre del PADRE/MADRE Y los TELEFONOS DE CONTACTO. COMPRUEBA EL NÚMERO DE CUENTA y que estén completos los EL IBAN Y LOS 20 DIGITOS DE LA CUENTA.

Rellena y firma la INSCRIPCION. Nos la puedes hacer llegar la hoja POR:

Email: juanviaguilar16@gmail.com Escaneada y firmada. WASAP FOTO: 646 13 63 86

INSCRIPCION

NOMBRE DEL ALUMNO/A:		CURSO:	
FECHA DE NACIMIENTO		ALGUN OTRO HERMANO EN TENIS: SI NO	
NOMBRE DEL PADRE/MADRE		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
NOMBRE PERSONA AUTORIZADA		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Móvil/es	<input style="width: 100%;" type="text"/>	email	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Dirección	<input style="width: 100%;" type="text"/>		C.P.: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Población	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Provincia	<input style="width: 100%;" type="text"/>
TITULAR CUENTA BANCARIA		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Nº CUENTA	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	IBAN	ENTIDAD	SUCURSAL D.C. NUMERO DE CUENTA
DNI	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

Firmado:

SEÑALA EL DIA ELEGIDO: LUNES / MARTES / MIERCOLES / JUEVES / VIERNES
 ALUMNOS DE LA ESO INDICAR DIA Y TURNO: 15:30 / 16:30

Le informamos que sus datos serán incorporados con fines mercantiles a un fichero del que es responsable CN GESTION DEPORTIVA, S.L.. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose a nuestra dirección Doctor Comín Médico Pediatra, 3 puerta 33 o por email a juanviaguilar16@gmail.com. En el caso de que Vd. no lo desea así, diríjase por escrito a la dirección anteriormente indicada para hacérselo saber.