



CLÍNIC FEMENÍ SETMANA SANTA 2023



FULL D'INSCRIPCIÓ

SOLICITUD D'INSCRIPCIÓ JUGADOR/A

NOM		COGNOMS			
CARRER		Nº		PORTA	
POBLACIÓ		DATA DE NAIXEMENT			
Juga a Fútbol? A quin equip?		DNI (si en té)			
		CATSALUT			
TELÈFON MOVIL PARE I/O MARE		CORREU ELECTRONIC PARE I/O MARE			
POSICIÓ AL CAMP (Porter, Defensa, Migcampista, Davanter)					

PACK

2 dies

DIES

(selecciona els dies)

4 - 5 Abril

PREU

25 €

Número de compte: **LA CAIXA ES22 2100 0620 2602 0036 6027**

Per confirmar inscripció s'haurà de fer una transferència en aquest número de compte abans de començar la seva participació en el clínic.

És al·lèrgic a algú aliment o medicament?	SI	NO	Quin?	
Té alguna limitació per la pràctica d'esports?	SI	NO		
Talla Samarreta: 4-6 / 6-8 / 8-10 / 10-12 / S / M / L				

Observacions a considerar:

El que signa, autoritza el nen/a inscrit/a a participar en totes les activitats que es realitzin al clínic organitzat pel Molins de Rei C.F. i cedeix totes les imatges que es puguin fer durant el mateix.

Nom i Cognoms: _____

DNI: _____

Signatura: _____

Nota legal: Aquest missatge i qualsevol fitxer adjunt està destinat únicament a la persona a qui s'adreça i és confidencial. Si vostè ha rebut aquest missatge per error, si us plau, comuniqui-ho al remitent i esborri immediatament. La utilització, revelació i / o reproducció del missatge pot constituir un delicte.

Protecció de Dades: L'informem que les seves dades de contacte electrònic estan sent tractats d'acord amb la normativa de la Llei de Protecció de Dades, trobant-se incorporades a un fitxer titularitat de Molins de Rei club de futbol a fi d'enviament d'informació, respostes, consultes i contactes genèrics.

Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició en qualsevol moment, mitjançant escrit, acompanyat de còpia de document oficial que l'identifiqui, dirigit a Molins de Rei club de futbol, C / Esperanto s/n , 08750 Molins de Rei, info@molinsdereicf.com.