

FULL INSCRIPCIÓ

ESCOLA D'ATLETISME





Nom

Cognoms

Data de naixement

Categoria

DNI

Núm. SS

Adreça

Població

Codi Postal

Telèfons

Correu electrònic

Escola / Institut

En cas de dos dies d'entrenament, escollir:

Dilluns

Dimecres

Divendres

FORMA DE PAGAMENT QUOTA ESCOLA

Pagament fraccionat (trimestrals a l'octubre - gener - abril)

Pagament únic al setembre

Jo amb DNI

com a pare/mare/tutor de

em comprometo a vetllar per la seva i la nostra assistència al curs, col·laborant en tot el possible.

També autoritzo que:

- > Els monitors/es portin el meu fill als serveis sanitaris corresponents i prenguin les mesures necessàries
- > Es facin públiques imatges del meu fill/a fetes per l'organització, en el marc de l'activitat.

Signatura del pare, mare, tutor/a