

DATOS DEL ALUMNO

FECHA DE ALTA:	<input type="text"/>	ESCUELA/DÍA:	<input type="text"/>
NOMBRE:	<input type="text"/>	APELLIDOS:	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO:	<input type="text"/>	EDAD:	<input type="text"/>
NACIONALIDAD:	<input type="text"/>	Nº SEGURIDAD SOCIAL:	<input type="text"/>
ENTRENAMIENTO ESPECÍFICO:	<input type="checkbox"/> PORTERO <input type="checkbox"/> JUGADOR	¿Padece alguna enfermedad, alergia o requiere medicación?	
DESCUENTO:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NO:	<input type="text"/>
	Motivo de descuento	SI:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		

*En caso de no tener el alumno la nacionalidad española, especifíquelo y envíen únicamente la ficha de inscripción para que estudiemos su caso. Se deben cumplir unos requisitos que marca FIFA y hacer una comprobación por parte del club de los mismos.

DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR

NOMBRE:	<input type="text"/>	APELLIDOS:	<input type="text"/>
DNI:	<input type="text"/>	TELÉFONO 1:	<input type="text"/>
		TELÉFONO 2:	<input type="text"/>
DIRECCIÓN:	<input type="text"/>		
CIUDAD:	<input type="text"/>	PROVINCIA:	<input type="text"/>
		CP:	<input type="text"/>
PAÍS:	<input type="text"/>	CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="text"/>

DATOS A RELLENAR POR LA FUNDACIÓN

MATRÍCULA + 1erTRIMESTRE:	<input type="checkbox"/>	2oTRIMESTRE:	<input type="checkbox"/>	3erTRIMESTRE:	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	---------------	--------------------------

¡INDISPENSABLE!

Para la correcta tramitación de su reserva deberá enviar:

- 1) Hoja de inscripción cumplimentada y firmada junto al justificante de pago de matrícula + trimestre
- 2) Carné de familia numerosa si es necesario.

al correo fundacion@clubatleticodemadrid.com especificando en el ASUNTO de la transferencia el nombre del alumno y la escuela y día.

¡NO SE RESERVARÁ NINGUNA PLAZA SI NO SE ADJUNTA JUSTIFICANTE DE PAGO!

Gracias por su colaboración.

Como padre/madre/tutor/a, AUTORIZO a mi hijo/a a que asista a la escuela de referencia. Declaro que el niño/a no padece ninguna enfermedad o disminución física por la cual no pueda participar en el desarrollo de la escuela y, en el caso de padecerlas, se especifica en el apartado pertinente. De igual modo, otorgo permiso para que, en caso de que sea necesario, sea examinado en un centro apropiado, así como para adoptar las posibles decisiones médico-quirúrgicas que fuesen necesarias en caso de suma urgencia bajo la adecuada dirección facultativa. No podré exigir responsabilidad alguna por lesiones que pudieran originarse a consecuencia de la actividad deportiva que realice bajo la potestad de la Fundación Atlético de Madrid. La misma podrá hacer uso de imágenes de TV y fotografías de los niños en las actividades de la Fundación exclusivamente para divulgar y promocionar las actividades de la misma.

Los datos personales que nos facilite pasarán a formar parte de un fichero de la Fundación Atlético de Madrid y del Club Atlético de Madrid S.A.D., con la finalidad de mantener y gestionar los datos para el buen funcionamiento de las escuelas deportivas, promocionar las actividades y servicios que presta la Fundación Atlético de Madrid, y el Club Atlético de Madrid S.A.D., e informar de productos y servicios de entidades colaboradoras que pudieran interesarle. Las entidades colaboradoras a las que se les facilitarán los datos podrá conocerlas a través de la dirección web atleticodemadrid.com. Asimismo se garantiza la adopción de las medidas necesarias para el tratamiento de los datos personales de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal Usted podrá revocar el consentimiento prestado, sin que tenga efectos retroactivos, y ejercer, de conformidad con la LOPD 15/1999, sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos, dirigiéndose por escrito al paseo Virgen del Puerto 67, 25005 Madrid ☐

Firma padre, madre o tutor

Firma a _____ de _____ de 201__