



INSCRIPCIONS ROCÒDROM

DADES:

Nom: _____ Cognoms: _____

Població: _____ Data de neixament: _____

Telèfon: _____ Email: _____

Malalties o lesions: _____

1 DIA SETMANA dia:
28€

2 DIES SETMANA
54€

PAGAMENT: El pagament serà per domiciliació bancària, és per això que us demanem el número de compte. Si el rebut és retornat el preu de la comissió serà repercutit en la quota. Per causar baix de l'activitat s'haurà d'avisar amb 15 dies d'antelació.

DADES BANCARIES:

Nom: _____ Cognom: _____

DNI: _____

Nº Compte: _____

Sensacions no es fa responsable dels accidents, ni de malalties que no hagin estat anunciades previament. Sensacions s'exclou de tot tius de reclamacions que puguin derivar d'aquests fets.

FULL AUTORITZACIÓ DRETS DE IMATGE

Donat que el dret d'imatge està reconegut a l'article 18.1 de la constitució i regulat per la llei orgànica 1/1982 de 5 de maig sobre el dret a l'honor i a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge, la direcció d'aquest centre demana el consentiment per a poder publicar imatges en dossiers, planes web i altres publicacions relacionades amb Club Esportiu Sensacions Vilassar.

Alhora, autoritzo a Club Esportiu Sensacions Vilassar perquè tracti les dades de caràcter personal que voluntàriament cedeixo en els formularis de matriculació del meu fill/a, d'acord amb el que la normativa aplicable disposa i limitant l'autorització al compliment de les finalitats directament relacionades amb l'educació del meu fill/a. Finalment, autoritza a Club esportiu Sensacions Vilassar a la cessió d'aquestes dades a les entitats associades i als estaments públics i privats quan sigui estrictament necessari per al compliment de les finalitats de l'empresa.

Per a què així consti; jo, amb DNI firmo la següent autorització.
....., a d de

Data:

Signatura: