

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

XVI CAMPUS DE FÚTBOL JEREZ 2025

GRUPO (A) BASE

GRUPO (B) PLUS

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

FECHA NACIMIENTO: _____ AÑO NACIMIENTO.: _____

DOMICILIO: _____ C. P: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

JUEGA EN ALGÚN EQUIPO: _____ SOY PORTERO: _____

*** ESCRIBIR EN MAYÚSCULA**

DATOS MÉDICOS DE IMPORTANCIA:

ALERGIAS: _____

VACUNAS: _____

OBSERVACIONES: _____

PADRE O MADRE

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

PROFESIÓN: _____ EMAIL: _____

TELÉFONOS: _____

TELF. WHATSAPP: _____

AUTORIZACIÓN PATERNA

AUTORIZO a mi hijo/a para que asista a todas las actividades mencionadas del **XVI CAMPUS DE FUTBOL JEREZ 2025**. Se hace extensiva las decisiones médicas y quirúrgicas que fuese necesario adoptar, en caso de extrema urgencia, bajo la dirección médica, estoy informado que no disponemos de seguro de accidente, renunciando a exigir responsabilidad alguna por enfermedad, lesión o daños que se pudiera originar en las actividades que realizan asumo en su totalidad. Autorizo a cualquier tipo exposición en publicaciones, página web, redes sociales, carteles, trípticos etc. de las fotos y videos que se realicen de mi hijo en el campus.

Si estoy conforme y acepto dichas condiciones.

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI.

FIRMADO: