

Escuela y Club de Natación Sincronizada

Preinscripción 2016-2017

Nombre y Apellidos del Alumna:

.....

Fecha de nacimiento: Edad:.....

Nombre y Apellidos del Padre/Madre/Tutor:

.....

Número de Socio: Teléfono Móvil:

Correo electrónico:

SOLICITA la matricula en la Club y Escuela de natación sincronizada 2016-2017 preferentemente en el grupo siguiente (en el supuesto de poder ser atendida su petición)

GRUPO Nº: HORAS SEMANA:

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO

SOLICITA LA MODALIDAD DE PAGO: MENSUAL

TRIMESTRAL

Las personas que solicitan y/o se inscriben en estas clases autorizan a que sus datos sean incluidos en un fichero automatizado, propiedad del Sporting Club Casino de La Coruña, para la gestión de las mismas, con los derechos y garantías que tutela la ley vigente de protección de datos de carácter personal.

Conforme a la legislación vigente, el cedente de los datos de carácter personal podrá en todo momento ejercer sus legítimos derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por escrito a la Presidencia del Sporting Club Casino de La Coruña (C/ Real, 83-15003 A Coruña).

A cumplimentar exclusivamente por personal del Club:

Monitor que realiza la prueba: Nivel Asignado:

Fecha de Recepción de la Preinscripción:

Firma del Padre/ Madre / Tutor: