

INSCRIPCIÓ ESCOLA DE PÀDEL NENS i ADULTS 2021-2022

NOM: _____ COGNOMS: _____

ADREÇA: _____ CODI POSTAL: _____ POBLACIÓ: _____

NÚM. S. S.: _____ TELÈFON FIXE: _____ TELÈFON MÒBIL: _____

E-MAIL: _____ SEXE: _____ D. NAIXEMENT: _____

DADES PARE / MARE / TUTOR / TUTORA

NOM: _____ COGNOMS: _____ DNI: _____

DNI: _____ NOM/S GERMÀ/NA A L'ESCOLA DE PADEL: _____

ASSENYALI AMB UNA CREU L'OPCIÓ ESCOLLIDA

Horari concertat amb l'equip tècnic: _____

(a emplenar pel Club)

DLL	DM	DX	DJ	DV	DSS	HORARI PREFERIT

NOM I COGNOMS DE LES PERSONES INTEGRANTS DEL GRUP (En cas de compartir abonaments)

- _____
- _____
- _____

És obligatori emplenar la inscripció de cadascun dels que comparteixen els abonaments

ESCOLA	SOCIS		PUBLIC	
	4-12 anys	13-17 anys	4-12 anys	13-17 anys
1 dia/setmana	170 €	190 €	190 €	210 €
2 dies/setmana	260 €	300 €	280 €	320 €

CLASSES HORA ADULTS			ABONAMENTS MENSUALS ADULTS		
PERSONES	SOCI	PUBLIC	PERSONES	SOCI	PUBLIC
1 persona	36 €	41 €	1 persona	133 €	154 €
2 persones	22 €/persona	26 €/persona	2 persones	79 €/persona	90 €/persona
3 persones	18 €/persona	21 €/persona	3 persones	63 €/persona	72 €/persona
4 persones	15 €/persona	19 €/persona	4 persones	49 €/persona	58 €/persona

AUTORITZACIONS

Nom i cognoms pare/mare tutor/a: _____ DNI: _____

Autoritzo a que el meu fill/a participi en les activitats organitzades en L'ESCOLA DE PÀDEL.

SI NO Expresso el meu consentiment i cedeixo els drets d'imatge de forma gratuïta i sense cap ànim de lucre al CNM, durant L'ESCOLA DE PÀDEL.

SI NO Sóc coneixedor/a de la normativa de compliment obligat dels L'ESCOLA DE PÀDEL i em comprometo a complir-lo tal i com s'expressa en el document que em fan entrega. El no compliment de la normativa, pot ser motiu de sanció i/o d'expulsió de l'activitat.

SI NO Pateix alguna malaltia o afecció, encara que sigui lleu?

SI NO Ha estat operat/da algun cop?

SI NO Necessita prendre alguna medicació? En cas afirmatiu, s'ha d'adjuntar una còpia de la recepta mèdica emesa pel facultatiu, on s'indiqui la posologia del medicament i la forma d'administració. Autoritzo al monitor/a responsable a administrar medicació, en cas de ser necessari, sempre i quan sigui prescrit per un facultatiu.

SI NO Pateix algun tipus d'al·lèrgia a algun medicament?

SI NO Pateix algun tipus d'al·lèrgia a algun aliment?

SI NO Creus que hi ha algun aspecte en el comportament del teu fill/a que hem de conèixer? Tímid, reservat....

Quin? _____

SI NO Autoritzo a que el meu fill/a participi en les activitats organitzades en L'ESCOLA DE PÀDEL.

Els informo que, habitualment portarà/recollirà al meu fill/a a L'ESOLA DE PÀDEL, les següents persones:

1 Nom i cognoms _____ DNI _____
2 Nom i cognoms _____ DNI _____
3 Nom i cognoms _____ DNI _____
4 Nom i cognoms _____ DNI _____

En cas que alguna altre persona hagi de portar/recollir al meu fill/a, em comprometo a comunicar-ho amb antelació via mail a la següent adreça: cnm_padel@cnmontjuic.cat o bé, entregant una nota al/la monitor/a responsable del seu grup o trucant per telèfon a la responsable de l'escola Sonia Alves. +34617808680

Es prega màxima puntualitat a l'arribada i a la recollida de l'activitat.

SI NO Assenyali amb una creu i segons correspongui, si el seu fill/a romandrà habitualment a les nostres instal·lacions, sense cap adult al seu càrrec, al inici o a la finalització de l'horari establert de L'ESCOLA DE PÀDEL

*Recomanem per motius de seguretat, que qualsevol menor d'edat ha d'anar acompanyat en tot moment per un adult responsable a les instal·lacions del CNM.

*Recordi que si el seu fill/a ha de romandre sense un adult responsable a la instal·lació, el Club quedarà exempt de qualsevol responsabilitat.

El Sr./Sra. _____ amb DNI _____ autoritzo a l'Escola de Padel del CNM que pugui fer ús de fotos on pugui sortir el/la seu fill/a a les xarxes socials que fem servir per publicitar-nos (Instagram, Facebook...)
Nom del nen/a _____

Nom del pare/mare tutor/a _____ DNI _____

Signatura:

AUTORITZACIÓ DOMICILIACIÓ BANCÀRIA:

1. Si vostè ha contractat escola trimestral haurà d'omplir l'autorització bancària
2. Si vostè ha contractat abonament mensual podrà pagar mitjançant Bizum al telèfon +34 673 833 600 indicant Nom de l'alumne o transferència bancària al compte ES47 0081 0093 4200 0156 9963, indicant Nom de L'alumne

Titular del compte: _____

DNI: _____ Telèfon: _____

Autoritzo al Club Natació Montjuïc perquè domiciliï tots els rebuts a nom del titular que s'indica, al número de compte que a continuació es detalla:

Entitat	Oficina	DC	Compte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FORMA DE PAGAMENT: TRIMESTRAL T (Escola) MENSUAL (Abonaments)

De conformitat amb l'establert en l'Art. 12.2 del RD 1720/2007, de 21 de desembre, pel qual s'aprova el Reglament de desenvolupament de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, Vostè queda informat i consenteix expressament que les dades de caràcter personal que proporciona en emplenar el present formulari, seran incorporats als fitxers del Club Natació Montjuïc, amb domicili al Carrer Segura S/N, perquè aquest pugui efectuar el tractament, automatitzat o no, dels mateixos, a efectes d'enviament de comunicacions informant de les seves activitats, notícies, esdeveniments, així com qualsevol oferta de productes i serveis relacionats amb l'activitat que desenvolupa el Club.

Tanmateix, dona el seu consentiment exprés a que aquestes dades puguin ser cedides a d'altres empreses quan sigui imprescindible per a la prestació del servei per al qual han estat contractats i amb l'ús exclusiu relacionat amb la prestació del servei requerit.

Queda informat que podrà exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició dirigit-se a l'adreça indicada anteriorment o per mail a cnm@cnmontjuic.cat

El/la sota signant és coneixedor i està conforme en tot l'anteriorment exposat:

Barcelona, a _____ de _____ de 20____

Signatura el/la sol·licitant: