

CLINIC PORTERAS ZARAGOZA CFF 19

HOJA DE INSCRIPCIÓN

- FOTO TIPO CARNET DE LA PORTETA -
- NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PORTERA:
- DIRECCIÓN:
- CP:
- FECHA DE NACIMIENTO DE LA PORTERA:
- NOMBRE PADRES/TUTORES:
- TELÉFONO MÓVIL:
- E-MAIL:
- COLEGIO:
- CLUB DE PROCEDENCIA:
- TALLA DE CAMISETA:
- ALERGIAS E INTOLERANCIAS:
- PERMISO PARA USO DE FOTOS DEL EVENTO EN WEB Y REDES SOCIALES : SI / NO
- FECHA DE INSCRIPCIÓN:

- AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA A :

PERSONA 1 - NOMBRE, APELLIDOS Y DNI
PERSONA 2 – NOMBRE, APELLIDOS Y DNI
FIRMA DEL QUE AUTORIZA.

- OBSERVACIONES:

- *INSCRIPCIÓN CON INGRESO EN CUENTA: ES 60 3017 0550 6322 1450 7028*
CONCEPTO: CLINIC DE PORTERAS/NOMBRE Y APELLIDOS PARTICIPANTE.

FIRMA PADRES/TUTORES

