

INSCRIPCIÓN CLASES TENIS TEMPORADA SEPT2017-JUNIO2018

Ven a conocer nuestra escuela de tenis y no querrás jugar en otro lugar. Formaliza tu inscripción entregando esta ficha a tu profesor de tenis o enviándola a extraescolares@sanagustinlosnegrales.es Junto al abono de 20€ en concepto de **matricula NO REEMBOLSABLE**. Es probable tengamos que realizar una prueba de nivel para asegurarnos del grupo óptimo.

NOMBRE JUGADOR

EDAD o CURSO

NOMBRE del padre/madre/tutor (si aplica)

TELEFONO Y @

TITULAR Y CUENTA

X	Tenis	mins	Precio
NIÑOS			
	MINITENIS 1 DIA	50mins	25€/mes
	MINITENIS 2 DIAS	50mins	40€/mes
	INICIACION 1 DIA	1hr	30€/mes
	AVANZADO 1 DIA	1hr	30€/mes
	COMPETICION 1 DIA	2hrs	50€/mes
	PARTICULAR	1hr	30€/clase
	BONO 10 PARTICULARES	1hr	200€
ADULTOS			
	INICIACION 1 DIA	1.5hrs	35€/mes
	AVANZADO 1 DIA	1.5hrs	35€/mes
	PARTICULAR	1hr	30€/clase
	BONO 10 PARTICULARES	1hr	200€
ALQUILER PISTA - 15€/1hr Consulta disponibilidad			

Según lo dispuesto en la LOPD, le informamos que los datos facilitados en este formulario, serán tratados por el Club Deportivo San Agustín, con el objetivo de gestionar la actividad. Mediante la firma de este documento, usted consiente expresamente que los datos aquí recabado, sean tratados por el Colegio con la exclusiva finalidad anteriormente indicada. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante carta dirigida a nuestro centro, adjuntando copia de su DNI (C/ Santa Emilia nº 20, 28440 Los Guadarrama, Madrid). Todas las actividades ofrecidas por el Club son de carácter voluntario, no lucrativo y no discriminatorio.

ALERGIAS	
¿Presenta alergias a algún alimento ?:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, ¿De cuál/es se trata?: (Adjuntar Informe Médico)	
¿Presenta alergias a algún medicamento ?:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, ¿De cuál/es se trata?: (Adjuntar Informe Médico)	
Algún otro dato a tener en cuenta sobre alergias:	

OTROS DATOS MEDICOS DE INTERES	
¿Tiene todas las vacunas correspondientes a su edad?:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Se le está suministrando actualmente alguna medicación?:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, ¿De cuál/es se trata?:	
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica?:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Presenta alguna discapacidad o lesión física?:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, ¿De cuál/es se trata?:	
¿Tiene algún problema cardiovascular?:	