



## HOJA DE INSCRIPCIÓN EN EL CLINIC DE FÚTBOL 27 DE OCTUBRE DE 2018 (CIUDAD DEPORTIVA LEVANTE UD – BUNYOL) 10H-13H

### 1. Datos del deportista

- a. Nombre:
- b. Apellidos:
- c. Fecha de nacimiento:
- d. DNI:
- e. Localidad:
- f. Discapacidad:
  - o Intelectual:
  - o Parálisis cerebral:

### 2. Datos del Padre/madre o tutor<sup>1</sup>

- a. Nombre
- b. Apellidos
- c. DNI:

### 3. Datos de contacto:

- a. Teléfono:
- b. E-mail:
- c. Asociación/centro educativo/ de la que proviene:

Remitir vía e-mail antes del 9 de mayo a la siguiente cuenta de correo electrónico: [relevoparalimpico@gmail.com](mailto:relevoparalimpico@gmail.com)

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos y su normativa de desarrollo RD 1720/2007, le informamos que los datos personales recogidos en éste documento son de carácter confidencial y serán incorporados a las bases de datos del CPE para la gestión interna del programa.

---

<sup>1</sup> Solo en el caso de menores de edad y en el caso de personas incapacitadas legalmente.