

**ALTA ESCOLA**

Pare/mare/tutor legal del menor/s

SOCI CLUB	SÍ	NO	
NOM		COGNOMS	
DATA NAIXEMENT		NÚM. DNI	
ADREÇA POSTAL			
POBLACIÓ		CODI POSTAL	
TELÈFON		CORREU ELECTRÒNIC	
NÚM. COMPTE BANCARI			

Amb el present formulari sol·licito l'alta en l'escola de triatló del C.E. Trilercavons Terres de l'Ebre del/s menor/s al meu càrrec que detallo a continuació. Confirmo que les dades aquí informades són verídiques i que poden ser utilitzades pels responsables del club i la federació esportiva. Autoritzo siguin carregades al meu compte bancari les despeses derivades de la meva vinculació amb l'escola de triatló del club.

En prova de conformitat signo el present a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Signatura

Al facilitar les meves dades i les del meu fill/filla/menor al meu càrrec autoritzo al Club Esportiu Trilercavons Terres de l'Ebre l'ús de fotografies i vídeos on aparegui la meua imatge o la del menor al meu càrrec sempre que sigui per promocionar l'esport i/o l'activitat del club.

**MENOR NÚM. 1**

NOM		COGNOMS	
DATA NAIXEMENT		NÚM. DNI	
TELÈFON		CORREU ELECTRÒNIC	
TARGETA SANITÀRIA			

**MENOR NÚM. 2**

NOM		COGNOMS	
DATA NAIXEMENT		NÚM. DNI	
TELÈFON		CORREU ELECTRÒNIC	
TARGETA SANITÀRIA			

**MENOR NÚM. 3**

NOM		COGNOMS	
DATA NAIXEMENT		NÚM. DNI	
TELÈFON		CORREU ELECTRÒNIC	
TARGETA SANITÀRIA			