

DOCUMENT D'INSCRIPCIÓ SINGLETRACK ESCOLA DE MOUNTAIN BIKE

DADES PERSONALS DEL NEN O NENA /NOI O NOIA

NOM I COGNOMS _____

Data de naixement _____ Edat _____

Adreça _____ Població _____ Codi Postal _____

Telèfon de contacte. Tèl. 1 _____ Tèl. 2 _____ Tèl.3 _____

DADES IMPORTANTS A TENIR EN COMPTE

Nom del pare/mare _____ Nom del pare/mare _____

Correu electrònic pare/mare _____

Realitza activitat física o esportiva habitualment (quina) ? _____

Quan surt amb bici, quants quilòmetres realitza? _____

Malalties i/o al·lèrgies a tindre en compte? _____

Hi ha algun tipus d'aliment que no pot consumir, quin? _____

Hi ha algun tipus d'activitat que no pugui realitzar?Quina? _____

Observacions: _____

DOCUMENTACIÓ OBLIGATÒRIA PER FORMALITZAR LA INSCRIPCIÓ

- Fotocòpia de tarja sanitària

HORARIS I GRUPS

- o Dilluns 17.40-----19.10h Pista Poliesportiva Fals (6 a 9 anys)
- o Dimarts 17.40-19.10h Pista Poliesportiva Fals (8 a 12 anys)
- o Divendres 16.15h a 18h Pista Poliesportiva Fals (12 a 16 anys)

MATRÍCULA, QUOTES I MAILLOTS:

- o Gir Bancari (primera setmana de cada més): 35 eur (matrícula per a noves incorporacions, inclou maillot) i cada mensualitat 38eur/mes. Germans, 35 eur/mes
- o La matrícula de 35 eur inclou el Maillot de l'escola, per escollir la talla mirar a: <https://www.inverseteams.com/es/tallas-y-medidas/> i en cas de dubte, escollir una talla més gran ja que tallen petit, i els nens/es creixen ràpid.
- o Talla Maillot:

AUTORITZACIÓ DE LA PERSONA RESPONSABLE (PARE/MARE I/O TUTOR)

En/na _____ amb DNI _____ autoritza a _____ a assistir a l'escola de mountain bike SINGLETRACK. Així com si es el cas, traslladar el nen/a al CAP o serveis mèdics convenients si no es localitzen els representants legals.

Autoritzo que el meu fill/a pugui aparèixer en imatges relacionades amb l'activitat
Autoritzo que el meu fill/a retorni a casa de manera autònoma i sense ser acompanyat/da d'un adult.

A ser desplaçat si fos necessari en vehicles particulars d'altres pares o persones vinculades a l'escola, i en cas d'accident sigui atès d'urgència pel personal sanitari adient

A que l'entrenador o personal vinculat al club realitzi les primeres cures en cas que fos necessari

Declaro que el meu fill/a per poder assistir al l'activitat té cobertura sanitària amb la seguretat social i està al corrent de les vacunacions corresponents a la seva edat

Signatura del pare/mare o tutor legal:

AUTORIZACIÓ PER LA DOMICILIACIÓ DE PAGAMENTS (SEPA) CLUB ESPORTIU BIKE CATALUNYA

CREDITOR

CLUB ESPORTIU BIKE CATALUNYA

G-----61403218

C/ Abat Oliva, 2 1er 1a,

08700 Igualada

Mitjançant la signatura d'aquesta ordre de domiciliació el deutor autoritza al creditor a enviar instruccions a l'entitat del deutor per a carregar a la seva compte i a l'entitat per efectuar càrrecs en compte d'acord amb les instruccions del creditor. Com a part dels seus drets, el deutor està legitimat al reemborsament per la seva entitat en els termes i condicions del contracte subscrit per la mateixa. Podeu obtenir informació addicional sobre els seus dret a la seva entitat financera.

DEUTOR

Nom	
NIF	
DIRECCIÓ COMPLETA	
PAIS	
N ^a COMPTE/IBAN	
TIPUS DE PAGAMENT: Pagament recurrent mensual	
Data i ciutat	

Signatura

Enviar el document omplert a : singletrackescola@gmail.com