|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ficha de Inscripción: Piscina Climatizada Sardón de los Frailes |  |
| INSCRIPCIÓN CURSOS |
| nº de registro:  |  |
|  |
| FECHA REALIZACIÓN: |  |

Por favor, escriba con letra clara y en MAYÚSCULAS. Rellene TODAS las casillas de la ficha.

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | Apellidos: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D.N.I.:  |  |  | Sexo: | 🞏 H | 🞏 M |

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de Nacimiento: |  |
|  |
| Domicilio  |  | nº: |  | Piso: |  |
|  |   |
| Localidad |  | Provincia: |  | C.P: |  |
|  |
| E-mail: |  |
|  |
| Teléfono: |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| CURSO QUE SOLICITA: |
|  |
| 🞏 | Matronatación | 🞏 | Mantenimiento adulto |
| 🞏 | Natación Infantil | 🞏 | Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 🞏 | Iniciación adulto |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| LISTA DE DIFUSIÓN WHATSAPP *(660 592444)***🞏 Acepto** la inclusión de mi número de teléfono en la lista de difusión whatsapp para información relativa a la piscina.*Para ser incluido en el grupo deberá guardar el número 660 592444 en los contactos de su móvil.* |

 **Fecha y firma:**

 Si tiene algún tipo de discapacidad y/ o necesita un determinado apoyo

 instrumental para participar en el curso, explícanos cual:

*Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero del Ayuntamiento de Sardón de los Frailes cuya finalidad es la de contactar e informar. El órgano responsable del fichero es el Ayuntamiento de Sardón de los Frailes ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. En cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal”.* *Para cualquier cuestión relacionada con esta solicitud puede dirigirse al Teléfono 660 592444 o al e mail* *piscina@sardondelosfrailes.es*