

## 1. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE Y APELLIDOS NIÑO/A: .....
DOMICILIO:.....
POBLACION:..... CODIGO POSTAL:.....
EDAD DEL MENOR: ..... TFNO:.....
NOMBRE TUTOR (titular o cotitular de la cuenta bancaria):.....
D.N.I DEL TUTOR:.....

## 2. ACTIVIDADES:

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> NATACIÓN BEBÉS              |
| <input type="checkbox"/> NATACIÓN ESCOLAR            |
| <input type="checkbox"/> NATACIÓN RECREATIVA ADULTOS |
| <input type="checkbox"/> AQUAGYM                     |

## 3. DÍAS POR SEMANA: *Los horarios de los cursos se organizaran según demanda. Información facilitada en la piscina por los monitores*

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> LUNES Y MIÉRCOLES |
| <input type="checkbox"/> MARTES Y JUEVES   |
| <input type="checkbox"/> VIERNES           |
| <input type="checkbox"/> SÁBADOS           |

## 4. PERIODO:

MENSUAL:	TRIMESTRAL:
<input type="checkbox"/> OCTUBRE	<input type="checkbox"/> MARZO
<input type="checkbox"/> NOVIEMBRE	<input type="checkbox"/> ABRIL
<input type="checkbox"/> DICIEMBRE	<input type="checkbox"/> MAYO
<input type="checkbox"/> ENERO	<input type="checkbox"/> JUNIO
<input type="checkbox"/> FEBRERO	
	<input type="checkbox"/> PRIMER TRIMESTRE (octubre, noviembre y diciembre)
	<input type="checkbox"/> SEGUNDO TRIMESTRE (enero, febrero y marzo)
	<input type="checkbox"/> TERCER TRIMESTRE (abril, mayo y junio)

## 5. PAGO: TODOS LOS PAGOS SE REALIZARÁN POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

TITULAR DEL PAGO:.....
Nº DE CUENTA (20 dígitos): .....
Deberán presentar un documento donde aparezcan los datos señalados

NOTA: El solicitante, padre o tutor, hace constar que **no sufre enfermedad contagiosa**, ni dolencia alguna que le impida la asistencia a la actividad solicitada, **ni necesita dedicación especial o atención individualizada**, asimismo **declara conocer las normas de las instalaciones y se compromete a cumplirlas**.

Sus datos serán incorporados a un fichero de EULEN, S.A., (C/Gobelas, 25-27, 28023-Madrid, www.eulen.com, protecciondedatos@eulen.com), ante quien puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, por correo ordinario o electrónico. La finalidad con la que van a ser tratados sus datos es la de gestionar adecuadamente el uso de las instalaciones a las que usted está accediendo, así como para ofrecerle otros servicios complementarios o análogos a los que en dichas instalaciones se prestan. Autorizo a que mis datos sean tratados en la forma antes descrita.

**Autorizo a EULEN, S.A. a la emisión de recibos domiciliados para el cobro de las actividades deportivas solicitadas.**

TRABAJADOR DE EULEN.  
(Observaciones y firma)

Firma del solicitante:

NOMBRE Y D.N.I:

## NOTA A ENTREGAR DE LA INSCRIPCIÓN:

NOMBRE NIÑO:.....  
ACTIVIDAD A LA QUE SE INSCRIBE:.....  
DIAS DE LA SEMANA Y HORARIO:.....  
PERIODO:.....  
TARIFA A COBRAR: .....

FECHA:

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR DE EULEN