



INSCRIPCIÓN CAMPUS DE TECNIFICACIÓN

SEMANAS: 28 AGOSTO – 1 SEPTIEMBRE 4 SEPTIEMBRE – 8 SEPTIEMBRE

NOMBRE ALUMN@: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CATEGORÍA DEL JUGADOR: _____

HORARIO:

- Mañana de 9:00 a 13:00 sin comida (80,00€/semana)
- Mañana de 9:00 a 15:00 con comida de casa (120,00/semana)

PAGO:

- Transferencia bancaria - una semana antes del Campus (enviar justificante por correo)
ES27 0049 3946 5321 1405 6421 ; Banco Santander
Titular: Iván Pascual Bravo
Concepto: Campus Tecnificación - Nombre y apellidos del alumno
- Efectivo (primer día del Campus)
- Bizum(600057683) - una semana antes del campus
Concepto: Nombre y Apellido del alumno

DATOS ADICIONALES:

Persona de contacto/tutor: _____

Tlf de contacto durante el Campus: _____

Correo electrónico: _____

ALERGIAS: _____

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE: _____

ENVIAR INSCRIPCIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO A: rosana@chclasrozas.com

TELÉFONO DE CONTACTO: 607692583 (ROSANA)

