# G:\nuevo escudo_Images\5.jpg

#

# **C. D. FRAIMOR**

C/ NTRA SRA DEL ROSARIO,38

 S.S.DE LOS REYES.

 www.fraimor.com

Estimados padres de alumnos/as;

 Con el objetivo de promocionar la práctica deportiva y en concreto el deporte del Judo, vamos a iniciar dos grupos para niños y niñas de 1º y 2º de primaria.

**HORARIOS**

 1º E.P. MARTES DE 13:30 A 14:20

2º E.P. JUEVES DE 13:30 A 14:20

 La actividad se extenderá de febrero a mayo.

**EQUIPACIONES**

Para esta actividad solo es necesario llevar ropa deportiva, no siento obligatorio tener traje de judo. No obstante si alguno de los participantes quisiera llevarlo, les recomendamos que traigan solo la chaqueta y el cinturón con el objetivo de facilitar los cambios de ropa.

**FORMA DE PAGO:**

**La actividad será gratuita**, aunque es necesario que rellenen la hoja de inscripción con las autorizaciones.

**INSCRIPCIONES:**

 **-**Enviando la hoja de inscripción al correo fraimor@fraimor.com

-30 plazas por grupo, adjudicadas por riguroso orden de llegada.

-No se admitirán inscripciones nuevas una vez terminado el plazo.

-Las bajas deberán notificarse al correo del club.

 Aquellos de ustedes que necesiten ponerse en contacto con nosotros pueden hacerlo en el **916239261** o en el mail **fraimor@fraimor.com**.

 Atentamente.

 C.D.FRAIMOR

|  |
| --- |
| **G:\trabajo\Publicidad\Sobres, Escudos y tarjetas\nuevo escudo_Images\5.jpg** |

****

**TEMPORADA 2023/24**

**CENTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CLASE \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ACTIVIDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_JUDO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

NOMBRE  Y APELLIDOS: .......................................................................................................................................

NOMBRE DEL PADRE, MADRE, O TUTOR: .........................................................................................................

FECHA DE NACIMIENTO(del alumno): ...................... EMAIL: …………………………………………………

DIRECCCION : ..........................................................................................................................................................

LOCALIDAD: …………………………………….………………………………………………C. P.: ..................

TELEFONO : ...................................... MOVIL: ……………….. ………………………....

N. I. F. : .......................................correspondiente a: el alumno madre o padre

OBSERVACIONES : ( historial médico, medicación, etc. ...)

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

Sin observaciones RECOGIDA EN CLASE:

# AUTORIZACION

Yo D./Dña. .......................................................................................................................................

autorizo a mi hijo/a ...........................................................................................................................

para que asista a las clases de …………………………………………… ……………en el centro

..........................................................................................................................................................

Autorización de RECOGIDA POR OTRAS PERSONAS:

………………………………………………………………… D.N.I. ………………….

………………………………………………………………… D.N.I. ………………….

NOTA INFORMATIVA.

 En conformidad con lo establecido en la normativa vigente, le informamos que sus datos han sido incorporados en un fichero bajo responsabilidad de A.D. FRAIMOR con la finalidad de poder atender los compromisos generados por la relación que mantenemos con vd.Sus datos serán conservados durante el plazo legalmente establecido, en conformidad con la normativa vigente. Se procederá a tratar los datos de manera lícita, leal, transparente, adecuada, pertinente, limitada, exacta y actualizada. A.D.FRAIMOR adoptará las medidas razonables para que estos se supriman o rectifiquen cuando sean inexactos.

Vd podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición dirigiendo su petición a C/ NtraSra del Rosario,38. San Sebastián de los Reyes. Madrid.

Si en el plazo de 30 días no nos comunica lo contrario, entendemos que sus datos no han sido modificados, que el cliente se compromete a notificarnos cualquier variación y que tenemos el consentimiento para tratarlos.

CONSENTIMIENTO DE IMAGEN.

 De acuerdo a lo que establece la Ley 1/1982 de 5 de mayo sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, Vd autoriza explícitamente y da su consentimiento para que utilicemos las imágenes captadas mediante fotografías y/o vídeos realizados por nuestra entidad en relación a la actividad en la que participa su hijo/a con A.D.FRAIMOR.

AsimismoVd también autoriza y otorga el consentimiento mediante la firma del presente documento para el tratamiento de los datos anteriormente mencionados.

 Firma del padre, madre, o tutor: