CLUB ATLETISMO LAS ROZAS

DOCUMENTO DE ALTA ABONADOS INFANTILES-JUVENILES

FECHA DE ALTA		
NOMBRE Y APELLIDOS		
DNI (necesario para federar)		
FECHA DE NACIMIENTO		
DIRECCIÓN (completa-CP)		
EMAIL		
MADRE	**NOMBRE**	
	TELÉFONO	
PADRE	**NOMBRE**	
	TELÉFONO	
Nº DE CUENTA BANCARIA		**ES**
TITULAR*	**NOMBRE APELLIDOS**	
	DNI	

DÍAS DE ENTRENAMIENTO la edad es orientativa, según criterio de los entrenadores

	LUNES-MIÉRCOLES 17:15 (8-12)	
	LUNES-MIÉRCOLES 18:15 (13-17)	
	LUNES-MIÉRCOLES 19:15 (competición)	
	MARTES –JUEVES 17:30 (10-14)	
	MARTES-JUEVES 18:15 (competición)	
	MARTES-JUEVES 18:30 (mayores de 20)	
	VIERNES 17:15 (infantil)	
	VIERNES 18:15 (3º día grupos de competición)	

SOLICTIUD DE CONSENTIMIENTO PARA RECOGIDA Y CESIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

D./Dª……..con DNI……

☐ Autoriza a que sus datos personales incluidos en la solicitud que se acompaña sean tratados por Club Atletismo Las Rozas, con domicilio en la calle Gerardo Diego, 55 – 28232 Las Rozas de Madrid, para la gestión de sus abonados.

Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. También dispone del derecho de limitación del tratamiento relativo a su persona y del derecho de eliminación y de transferencia de datos personales transmitidos al responsable del tratamiento.

Podrá ejercitar estos derechos ante el Club Atletismo Las Rozas en la dirección anteriormente indicada, mediante solicitud escrita acompañada de una copia del DNI.

Todo lo anterior se le informa en cumplimiento de la normativa del Reglamento europeo de Protección de Datos (RGPD) y de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD).

☐ Con la finalidad de beneficiarse de los descuentos, autoriza que el nombre, apellidos y DNI del ***titular de la cuenta bancaria**, sea facilitado en listado impreso a los establecimientos con los que el Club tenga un acuerdo para sus abonados a los solos efectos de comprobar su identidad.

FECHA Y FIRMA

clubatletismodelasrozas@gmail.com