



# HOJA DE INSCRIPCIÓN SCD RIBAGORZA

## ACTIVIDADES DEPORTIVAS 2024-2025

(Si es nuevo/a usuario/a rellene todos los apartados, si no solo los \*)

DATOS DEL USUARIO/A	NOMBRE*:	DNI:
	APELLIDOS*:	
	@:	
	F.NACIMIENTO:	MOVIL*:
	DIRECCION:	
	LOCALIDAD:	CP:
DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR	NOMBRE*:	DNI:
	APELLIDOS*:	
	MOVIL*:	
OTROS DATOS DE INTERÉS:		

DATOS DE LA ACTIVIDAD 1	NOMBRE:	
	DIAS DE LA SEMANA:	HORA:
	MUNICIPIO:	FECHA DE INICIO:
DATOS DE LA ACTIVIDAD 2	NOMBRE:	
	DIAS DE LA SEMANA:	HORA:
	MUNICIPIO:	FECHA DE INICIO:
DATOS DE LA ACTIVIDAD 3	NOMBRE:	
	DIAS DE LA SEMANA:	HORA:
	MUNICIPIO:	FECHA DE INICIO:

DATOS BANCARIOS	TITULAR:	
	Nº CUENTA (con código IBAN + 20dígitos) E S ____ / ____ / ____ / ____ / ____	
	DNI:	FIRMA:

De acuerdo con la LO 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, le informamos que los datos contenidos en el presente documento serán almacenados en un fichero titularidad de la Comarca de la Ribagorza con la única finalidad de gestionar las actividades deportivas organizadas por la Comarca. En el desarrollo de estas actividades se pueden realizar fotografías, las cuales pueden ser introducidas posteriormente en el sitio web de la Comarca u otras publicaciones editadas por la Comarca. Salvo que manifieste lo contrario, entendemos que está de acuerdo con dichas publicaciones. Asimismo, le informamos de la posibilidad que Ud. tiene de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación, en relación a sus datos personales, en los términos establecidos por la Agencia Española de Protección de Datos Personales, y dirigiéndose a la Comarca de la Ribagorza, Plaza Mayor nº17, CP 22.430, Graus, Huesca.

### ACEPTACION DE CONDICIONES DE PARTICIPACION ACTIVIDADES DEL SCD RIBAGORZA

- Declaro bajo mi responsabilidad que conozco y acepto el reglamento y normativa de participación en las actividades del curso 2024-2025 organizadas por el Servicio Comarcal de Deportes.
- Conozco y asumo que la actividad que realizo puede conllevar ciertos riesgos físicos. La organización recomienda realizar un reconocimiento médico previo al inicio de las actividades.

FIRMA USUARIO, PADRE/MADRE/TUTOR:	
LUGAR Y FECHA DE FIRMA:	