



**Club Voleibol Amigos Cádiz**

Complejo Deportivo Ciudad de Cádiz

Avda. José León de Carranza, s/n

11011 Cádiz

C.I.F.: G-11067725

# XII ESCUELA DE VOLEY PLAYA

## INSCRIPCIÓN ALUMNO/A

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con D.N.I.

nº \_\_\_\_\_ y teléfono \_\_\_\_\_ autorizo a mi hijo/a a participar

en las actividades programadas de la **XII Escuela de Voley playa** en el **verano 2021**.

**AUTORIZO** al Club Voleibol Amigos Cádiz a utilizar las imágenes que puedan ser tomadas en la escuela de Voley playa para un uso divulgativo de las mismas en prensa, redes sociales, web o página de facebook del Club Voleibol Amigos Cádiz.

**Firma (padre, madre o tutor)**

**TURNOS:**

JULIO		AGOSTO	
SEMANA	<input type="checkbox"/>	SEMANA	<input type="checkbox"/>
1ª QUINCENA	<input type="checkbox"/>	1ª QUINCENA	<input type="checkbox"/>
2ª QUINCENA	<input type="checkbox"/>	2ª QUINCENA	<input type="checkbox"/>
MES COMPLETO	<input type="checkbox"/>	MES COMPLETO	<input type="checkbox"/>

### **PRECIOS**

En el mes y la quincena  
está incluida la  
**camiseta** de la escuela

	<b>Mensualidad</b>	<b>Quincena</b>	<b>Semana</b>
<b>No Socios</b>	45 €	30 €	20 €
<b>Socios</b>	30 €	20 €	15 €

Ingreso en la cuenta de **LA CAIXA: ES97 2100 8728 7322 0002 8007**. Deberá figurar en el concepto: **NOMBRE Y APELLIDOS** del alumno/a y **XII EVP**.

**ENVIAR LA FICHA DE INSCRIPCIÓN, EL FORMULARIO DE LOCALIZACIÓN PERSONAL Y LA DECLARACIÓN RESPONSABLE COVID-19 JUNTO CON EL RECIBO BANCARIO, A LA DIRECCIÓN DE E-MAIL: [amigoscadiz@gmail.com](mailto:amigoscadiz@gmail.com).**

Para la efectiva realización de la escuela y la organización de los grupos será necesario un número mínimo de alumnos. En caso de no alcanzarse el número mínimo establecido de alumnos inscritos, la organización podrá suspender o cancelar su celebración, procediéndose en tal caso a la devolución íntegra del dinero abonado. Las plazas son limitadas, asignándose las mismas por riguroso orden de inscripción.

### **CESIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

Estimado socio, Queremos mantenerle informado del tratamiento que realizamos de sus datos personales, garantizándole la protección de éstos conforme a la normativa vigente. Los datos personales recogidos en su solicitud y todos aquellos facilitados por usted han sido incorporados en un fichero de carácter personal. Así mismo, sus datos personales no serán cedidos a terceros. En caso de que se oponga, no debe señalar la siguiente casilla de autorización:

Consiento que mis datos personales figuren incorporados en el fichero que el CV Amigos Cádiz mantiene.

Le rogamos que en el caso de producirse alguna modificación de sus datos, nos lo comunique por cualquiera de las vías puestas a disposición con la finalidad de mantener su información actualizada. En cualquier caso, tiene derecho en cualquier momento a acceder, rectificar, oponer, o cancelar los datos referentes a su persona, incluidos en nuestro fichero solicitándolo por escrito.



## DECLARACIÓN RESPONSABLE XII ESCUELA DE VOLEY PLAYA

(\*) DATOS OBLIGATORIOS

NOMBRE DEL/LOS NIÑO/OS
NOMBRE COMPLETO 1º HERMANO + EDAD (*)
NOMBRE COMPLETO DEL 2º HERMANO + EDAD
NOMBRE COMPLETO DEL 3º HERMANO + EDAD

DATOS PADRE/MADRE/TUTOR		
APELLIDOS Y NOMBRE (*)	NIF (*)	Nº INSCRITO A rellenar por el club
TELÉFONO (*)	CORREO ELECTRÓNICO (*)	DIRECCIÓN

DECLARACIÓN RESPONSABLE			
<p>El abajo firmante <b>DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD,</b></p> <p><b>Primero:</b> Que el/la o los/as participantes de la XII Escuela de Voley playa <b>NO</b> han presentado en los últimos 14 días anteriores al inicio de la actividad, ninguno de los siguientes signos o síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Temperatura mayor a 37°C</li><li>- Diarrea y/o vómitos</li><li>- Dificultad respiratoria</li><li>- Erupciones en la piel de color rojizo</li><li>- Conjuntivitis</li><li>- Inflamación de algún ganglio</li></ul> <p><b>Segundo:</b> Que el/la o los participantes de la XII Escuela de Voley playa o su unidad familiar o círculo cercano, <b>NO</b> ha habido ningún caso sospechoso o confirmado de CoVid-19.</p> <p><b>Tercero:</b> Que, si se encontraran con síntomas de COVID, en el momento que están disfrutando de la XII Escuela de Voley playa, lo comunicarán con urgencia al responsable de la misma.</p> <p><b>Cuarto:</b> Que, si se confirma un caso positivo de COVID en la unidad familiar, deberán comunicarlo al coordinador/a de la Escuela con urgencia.</p> <p><b>Quinto:</b> Que me comprometo a cumplir con todos los requisitos anteriormente expuestos durante el período a disfrutar de la actividad.</p> <p><b>Sexto:</b> Autorizo la toma de temperatura, como a otro tipo de medidas que se consideren necesarias para garantizar la seguridad tanto individual como del resto de participantes.</p> <p><b>Séptimo:</b> Que son ciertos los datos reflejados en este documento.</p> <p><b>Octavo:</b> Será obligatorio acudir con mascarilla, sin perjuicio alguno que durante el desarrollo de las actividades deportivas se exima de su uso por no ser aconsejable por motivos sanitarios</p>			
<table border="1"><tr><td>FECHA DE FIRMA</td><td rowspan="2">FIRMA</td></tr><tr><td>NOMBRE</td></tr></table>	FECHA DE FIRMA	FIRMA	NOMBRE
FECHA DE FIRMA	FIRMA		
NOMBRE			
<p align="center"><b>ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS O ENMIENDAS</b></p>			

## FORMULARIO DE LOCALIZACIÓN PERSONAL (FLP)

A ser completado por todos los participantes del evento.

Nombre tal como aparecen en el Pasaporte u otro Documento de Identidad:

.....  
.....

Dirección durante la actividad (calle/apartamento/ciudad/número postal/país):

.....

Número de teléfono:

.....

Correo electrónico:

.....

Países/CCAA que visitaste o donde estuviste en los últimos 14 días

.....

En los últimos 14 días

	Preguntas	SI	NO
1	¿Tuvo contacto cercano con alguien diagnosticado con la enfermedad COVID-19?		
2	¿Proporcionó atención directa a pacientes de COVID-19?		
3	¿Visitó o permaneció en un ambiente cerrado con algún paciente con la enfermedad COVID-19?		
4	¿Trabajó/estudió de forma cercana o compartiendo el mismo ambiente laboral o de clase con pacientes de COVID-19?		
5	¿Ha viajado con un paciente COVID-19 en cualquier medio de transporte?		
6	¿Ha vivido en la misma casa que un paciente COVID-19?		

Esta información se podrá compartir con las autoridades locales de Salud Pública para permitir un rápido rastreo de contactos si un participante en el evento sufre la enfermedad COVID-19 o llegó en contacto con un caso confirmado.

Fdo. El DEPORTISTA O TUTOR

En ..... a ..... de ..... de 20.....