|  |  |
| --- | --- |
| **CONCELLO DE BOQUEIXÓN**(A CORUÑA) | Forte s/n **– Boqueixón**Teléfono: **981- 51 30 52**Fax: **981- 51 30 00**C.I.F.: **P-1501200-H**C. electr.: correo@boqueixon.dicoruna.esWEB: **www.boqueixon.com** |

**FICHA DE INSCRICIÓN ACTIVIDADES DEPORTIVAS ADULTOS 2024-2025**

|  |
| --- |
| **Nome e apelidos:** |
| **DNI:** | **Teléfono/s:** |
| **Enderezo:** | **Empadroada/-o en Boqueixón SI NON** |
| **Solicita a inscrición na seguinte actividade:**  |
| **Mes de comezo: Observacións:** |
| **Conta bancaria para domiciliar o pago (só en caso de cambio de conta ou novas incorporacións)****Entidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Titular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Nº Conta: ES\_ \_/\_ \_ \_ \_/\_ \_ \_ \_/\_ \_ \_ \_/\_ \_ \_ \_/\_ \_ \_ \_** |
|   AUTORIZA NON AUTORIZA Ao Concello de Boqueixón para que realice a captación de fotografías, gravación de imaxes e/o rexistro de son da actividade organizada polo concello, ben a título individual ou formando parte dun grupo (\*).  AUTORIZA NON AUTORIZA a incluír os meus datos no grupo de whatsapp da/s actividade/s.    DECLARA que non padece ningunha enfermidade que lle impida o desenvolvemento da actividade solicitada.  |
| **En Boqueixón a de de 2024****Asdo.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |