



CAMPUS DE SEMANA SANTA 30,31 DE MARZO Y 1 ABRIL

Nombre del alumn@: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nivel de patinaje o grupo de entrenamiento: _____

Club de procedencia: _____

Stick: ☐ LEFT ☐ RIGHT

Horario

☐ Mañana de 9:00 a 13:00 (70,00€/semana)

Pago:

☐ Transferencia bancaria 15 días antes del Campamento (mandar justificante)

ES91 2100 3865 7213 0028 0579

Titular: Club de Hockey Caníbales de Las Rozas

Concepto: Campus Semana Santa - Nombre y apellidos del alumno

☐ Efectivo (primer día del Campamento)

Datos adicionales:

Persona de contacto/tutor: _____

Domicilio: _____

Código Postal: _____

DNI: _____

Tlf de contacto durante el Campamento: _____

Correo electrónico: _____

Alergias o información relevante: _____

ENVIAR INSCRIPCIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO A: rosana@chclasrozas.com

