



VERANO DE FÚTBOL

CLÍNICAS DE FÚTBOL – CLUB DEPORTIVO BARBOSA

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE	
Nombre del Participante:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:
Dirección:	
Ciudad:	
Teléfonos:	Celular:
Correo Electrónico:	
Escuela a la que asiste:	
Club al que pertenece:	

INFORMACIÓN DEL PADRE Y MADRE	
Nombre del Padre:	Nombre de la Madre:
Lugar de Trabajo:	Lugar de Trabajo:
Teléfonos:	Teléfonos:
Persona a contactar en caso de emergencia:	Teléfonos:

COSTO DE MATRÍCULA		
4 Semanas: \$225	1 Semana: \$75	
PAGO: \$	FORMA DE PAGO:	TURNOS: AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> DOBLE <input type="checkbox"/>
NO. DE CHEQUE:	BANCO:	
CONDICIONES:		
Para participar en el VERANO DE FÚTBOL DEL CLUB DEPORTIVO BARBOSA es requisito indispensable haber pagado la cuota de participación.		