

## FORMA DE PAGO

El pago se realizará mediante transferencia bancaria a:

**C.D. SPARTAC MANOTERAS**  
ES74 0182 6135 8002 0160 6194

**CONCEPTO:**  
CLINIC + Nombre y apellidos

**IMPORTANTE:**  
Para que la reserva de plaza sea efectiva, se debe enviar este documento de inscripción relleno y firmado + justificante de transferencia a:

INSCRIPCIONES.SPARTAC@GMAIL.COM

## PLAN DIARIO ENTRENAMIENTO

09.00 Recepción Jugadores  
09.15 Calentamiento.  
09.45 Etto. Tecnificación 1  
11.00 Almuerzo  
11.30 Etto. Tecnificación 2  
12.45 Descanso / Hidratación  
13.00 Juegos aplicados y partidillos  
14.00 Recogida jugadores

## 1er CLINIC SEMANA SANTA C.D. SPARTAC



**PRECIO:**  
**1 DÍA: 30€**  
**3 DÍAS: 75€**

**UBICACIÓN:**  
**C/ TIJOLA S/N**  
**INST. CD SPARTAC**  
**MANOTERAS**

## INSCRIPCIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

F. Nacimiento: \_\_\_\_\_

### DATOS TUTOR

Nombre:  
Apellidos:  
Tfno contacto  
Mail:

### ASISTENCIA

LUNES 14 ABRIL  
 MARTES 15 ABRIL  
 MIÉRCOLES 16 ABRIL

### AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi hijo a participar en el 1er Clinic Semana Santa CD Spartac Manoterass, y a realizar las actividades programadas por la organización. En el supuesto de necesitar tratamiento médico urgente, y sin haber sido posible contactar con los tutores, la dirección del Clinic queda autorizada a tomar las medidas que considere oportunas

FIRMA

Fecha: