



**FORMULARIO DE INSCRIPCION
ESCUELAS DEPORTIVAS COMFENALCO**

ESPACIO
PARA
FOTO

INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA

Apellidos _____	Nombres _____
Deporte _____	Sede _____
Tipo de Identificación	TI CC ☐ CE ☐ PAS ☐ RC ☐ No. _____
Fecha de Nacimiento _____/_____/_____/	Lugar _____ Sexo _____
Dirección de Residencia _____	Teléfono _____
RH (Tipo de Sangre) _____	EPS _____ Institución Educativa _____

INFORMACION MEDICA DEL DEPORTISTA

¿Sufre alergias? SI__ NO__ De qué tipo: _____	¿Toma medicamentos para la Alergia? SI__ NO__ De qué tipo: _____	¿Intervenciones Quirúrgicas? SI__ NO__ De qué tipo: _____
¿Toma medicamentos Post Quirúrgicos? SI__ NO__ De qué tipo: _____	¿Tiene Lesiones de algún tipo? SI__ NO__ De qué tipo: _____	¿Sufre de alguna enfermedad? SI__ NO__ De qué tipo: _____
¿Sufre de Asma? SI__ NO__ De qué tipo: _____	¿Tiene recomendaciones médicas especiales? SI__ NO__ De qué tipo: _____	¿Tiene alguna otra condición adicional que requerirá de atención especial? SI__ NO__ De qué tipo: _____

Es obligación y responsabilidad del padre de familia/representante/tutor del deportista, consultar con su médico personal la conveniencia o inconveniencia de que el menor realice los ejercicios ofrecidos por LAS ESCUELAS DEPORTIVAS DE COMFENALCO y en consecuencia exonera en su totalidad a LA ESCUELA DEPORTIVA, sus accionistas, directivos, representantes legales, administradores, instructores y demás funcionarios por cualquier tipo de lesión o perjuicio que pudiere llegar a sufrir durante o con posterioridad a la asistencia a las clases, sesiones, torneos, campeonatos, partidos, etc. que se ejecuten en desarrollo del programa.

Es indispensable presentar todos los documentos de conocimiento médico y condición física general del deportista; de igual forma, manifestar y dar a conocer toda información que permita conocer la condición física general que tiene el usuario del servicio previo al inicio de sus actividades. De igual forma notificar de cualquier novedad que se presente durante su permanencia en las Escuelas.



INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO

En calidad de:	Padre ☐	Madre ☐	Otro (especifique) ☐	_____		
Apellidos	_____					
Nombres	_____					
Tipo de Identificación	CC ☐	CE ☐	PAS ☐	No. _____		
Dirección de Residencia	_____					
E-mail:	_____					
Teléfono	_____	Indique su Categoría de Afiliación	A ☐	B ☐	C ☐	D ☐

Declaro la aceptación expresa que mi hijo (a), participe en la Escuela Deportiva de Comfenalco, con sometimiento a las normas y reglamento que la rigen.

AUTORIZACIÓN:

Autorizo libre y voluntariamente a COMFENALCO CARTAGENA, como responsable del tratamiento de los datos, para la recolección, almacenamiento, uso, transmisión y/o transferencia de los datos personales suministrados en este formulario, con la finalidad de: (i) Envío de información a través de los diferentes medios de comunicación que haya suministrado el Titular. (ii) Para el mantenimiento de registros internos y la administración general de sus registros por nuestra parte, que pueden incluir, por ejemplo, contabilidad y auditoría, fines administrativos y legales (afiliados, proveedores y contratistas). (iii) Para el cumplimiento del objeto social, en lo relacionado con la promoción de la educación. (iv) Registrar las actividades realizadas a los estudiantes. (v) Promover y registrar la participación de los estudiantes en actividades extraescolares, los círculos de exploración y creatividad. (vi) Para la publicación de fotos o videos en material educativo, publicitario o de promoción de la compañía en sus diferentes redes sociales. (vii) En general para todos los fines necesarios para la ejecución y desarrollo del objeto social de la compañía. (viii) Diligenciamiento de encuestas. (ix) Reportes a los entes de control. (x) Análisis de datos. (xi) Envío de información a la aseguradora, editorial de plataformas educativas y otros terceros interesados. (xii) Emisión de certificados. Como Titular de los datos tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar, suprimir y revocar la autorización, los cuales puedo ejercer a través del correo electrónico: protecciondatos@comfenalco.com, línea de atención telefónica: (605) 6938000 o en los Centros Integrales de Servicios al Cliente (CIS) que podrán ser consultados en la Política de tratamiento de datos personales (<https://www.comfenalco.com/>).

COMPROMISO DE PAGO:

Me comprometo a cumplir y cancelar oportunamente el pago de las pensiones mensuales establecidas por las Escuelas Deportivas para el año en curso.

Autorizo que, en caso de tener derecho al pago de la cuota monetaria (como trabajadores beneficiarios afiliados a la Caja), el valor total de esta cuota, sea aplicado al pago de las mensualidades del deportista, a partir del mes de febrero de cada vigencia. En el evento de que exista saldo a favor del solicitante, éste será aplicado a las mensualidades siguientes; en el evento de que las cuotas monetarias no fueren suficientes para cubrir las mensualidades, me comprometo a cubrir dichos saldos, antes del vencimiento de cada mes.

AUTORIZACION DE USO DE IMAGEN: Autorizo la captación, difusión y publicación de imágenes, videos y demás materiales en medios impresos, audiovisuales, redes sociales y/o espacios en la web que se generen de las actividades de la Escuela Deportiva Comfenalco con fines netamente educativos, informativos y promocionales.

AUOTIZACION DE SOLICITUD DE NOTAS ACADEMICAS: Autorizo a la Escuela Deportiva Comfenalco a solicitar cuando lo considere oportuno, certificado(s) de notas académicas a la institución educativa a la cual pertenece el deportista.

Fecha ____/____/____

Firma del Solicitante

C.C. No. _____