

| Nº | RESERVA    | COGNOM       | NOM    | TELÈFONS | CORREUS | OBSERVACIONS |
|----|------------|--------------|--------|----------|---------|--------------|
| 1  | 2019100193 | CALZADA SAEZ | ANDRES |          |         |              |
| 2  |            |              |        |          |         |              |
| 3  |            |              |        |          |         |              |
| 4  |            |              |        |          |         |              |
| 5  |            |              |        |          |         |              |
| 6  |            |              |        |          |         |              |
| 7  |            |              |        |          |         |              |
| 8  |            |              |        |          |         |              |
| 9  |            |              |        |          |         |              |
| 10 |            |              |        |          |         |              |
| 11 |            |              |        |          |         |              |
| 12 |            |              |        |          |         |              |
| 13 |            |              |        |          |         |              |
| 14 |            |              |        |          |         |              |
| 15 |            |              |        |          |         |              |
| 16 |            |              |        |          |         |              |
| 17 |            |              |        |          |         |              |
| 18 |            |              |        |          |         |              |
| 19 |            |              |        |          |         |              |
| 20 |            |              |        |          |         |              |

|                 |                                  |
|-----------------|----------------------------------|
| PLAZAS LIBRES   | MATRICULAS DUPLICADAS O ANULADAS |
| LLISTA D'ESPERA |                                  |

1.- EN EL CASO DE NIÑOS/AS CON ALGUN TIPO DE ALERGIA, ENFERMEDAD CRÓNICA (POR EJEMPLO: ASMA) PATOLOGÍA, DOLENCIAS O SIMILAR, DEBERÁ APORTAR EL INFORME MÉDICO CORRESPONDIENTE, QUE ACREDITE QUE PUEDE REALIZAR LAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS DE QUE SE TRATE, Y EN SU CASO, AQUELLAS CONTRAINDICACIONES QUE HAYAN DE TENERSE EN CUENTA.

2.- TODOS LOS PARTICIPANTES, DEBERÁN APORTAR EL DÍA DE LA REALIZACIÓN DEL PAGO O EN SU DEFECTO, SIEMPRE ANTES DEL INICIO LA SIGUIENTE "HOJA DE PARTICIPANTE" QUE SE PUEDE DESCARGAR DE LA WEB.

3.- DE ACUERDO A LA LEY ORGÁNICA 15/1999, DE 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, LA CONCEJALÍA DE DEPORTES CON LA FINALIDAD EXCLUSIVA DE LA GESTIÓN INTERNA DE SUS ACTIVIDADES ORGANIZADAS. TIENEN LA POSIBILIDAD DE SOLICITAR VUESTROS DATOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN PREVISTA EN ESTA LEY, MEDIANTE UNA CARTA DIRIGIDA A LA CONCEJALÍA DE DEPORTES (C/ DE FERRERES BRETÓ, 10. 12580 BENICARLO).