



Ciudad de México, a ____ de ____ del 202__

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CICLO 2025-2026

FOTOGRAFÍA

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____
Apellido paterno / Apellido materno / Nombre (s)

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ CURP: _____
DD / MM / AA

Dirección: _____
Calle / Núm. Ext. / Núm. Int. / Colonia / Alcaldía / C.P.

Nombre del padre: _____ Ocupación: _____

Nombre de la madre: _____ Ocupación: _____

Teléfono casa: _____ Teléfono oficina: _____

Teléfono celular: _____
Padre Madre

Correo electrónico: _____
Padre Madre

Contacto redes sociales



Facebook: _____



Instagram: _____

Escuela de procedencia (académica): _____

Escuela de procedencia (deportiva): _____

¿Ha practicado algún deporte con anterioridad? ☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____

¿Ha practicado fútbol soccer con anterioridad? ☐ Sí ☐ No ¿En qué posición? _____

En ausencia de los padres contactar a: _____
Nombre Teléfono

Personas autorizadas para recoger al/los alumno(s): _____

Observaciones: _____

CONTINÚA DETRÁS

INFORMACIÓN MÉDICA

Peso: _____ Estatura: _____ Tipo de sangre: _____

Enfermedades: _____ Operaciones: _____

Alérgico a: _____ Seguro médico: ☐ Sí ☐ No Núm. Póliza _____

Talla de ropa: _____ Entregó certificado médico: ☐ Sí ☐ No

*Los padres se reservan el derecho a, si así lo desean, no dar a conocer datos que consideren confidenciales

INFORMACIÓN EXTRA

¿Cómo se enteró de nosotros?

☐ Redes sociales ☐ Aplicación de mensajería en tiempo real ☐ Buscador web
☐ Página de internet ☐ Correo electrónico ☐ Publicidad impresa
☐ Visita personal ☐ Recomendación amigo/familiar ☐ Otra

¿Aceptas que se te agregue al WhatsApp general? ☐ Sí ☐ No

HORARIOS

DÍAS	CATEGORÍAS	HORARIO
LUNES y MIER	FUTBOL 2020-2014	17:00 pm
MARTES y JUEVES	FUTBOL 2013 - 2010	17:00 pm
VIERNES	ESCUELA PARA PORTEROS	17:00 pm

PARTIDOS OFICIALES		
CEDROS	SÁB	MATUTINO
ALCALDIA B.J.	SÁB	MATUTINO

Bajo protesta de decir verdad y en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he realizado a mi hijo (a) los exámenes médicos pertinentes y que es apto para realizar actividades físicas, que los datos asentados aquí son verídicos, así como los documentos entregados. Estoy consciente que al realizar una actividad física y de contacto con otros alumnos se podrían generar accidentes o lesiones para mi hijo u otros jugadores. Por tal motivo yo cubriré cualquier gasto u honorario médico que requiera mi hijo (a) y en caso de daños a terceras personas llegaré a un acuerdo de pago de gastos con las personas afectadas sin involucrar o dañar la imagen de la ESCUELA DE FÚTBOL FLUMINENSE y/o CENTRO DEPORTIVO COYOACÁN, A.C. y/o CANCHAS ALBERCA OLIMPICA , y/o sus profesores pues ellos solo ofrecen el servicio de entrenamiento y así lo he aceptado firmando de puño y letra. Asimismo, doy mi consentimiento para que las fotos y videos tomadas en entrenamiento y/o actividades se utilicen para fines publicitarios en las redes sociales. He leído y acepto las condiciones que el reglamento estipula.

CANCELACIONES

Una vez entregado el pago por el servicio solicitado NO HABRA DEVOLUCIONES por servicio al CLIENTE. Cualquier caso se someterá consejo deportivo para una solución o acuerdo final.

Firma del padre

Firma de la madre

AVISO DE PRIVACIDAD

El Sr. Alfonso Carrasco García, con domicilio ubicado en Av. Universidad 1507-404 Col Florida Alcabdia Alvaro Obregón, Ciudad de México, utilizará sus datos personales recabados únicamente con fines educativos. Para mayor información sobre el tratamiento de sus datos personales usted puede acudir al siguiente domicilio Av. Universidad 1507-404 Col Florida Alcabdia Alvaro Obregón, Ciudad de México