

CAMPUS WATERPOLO SANTIAGO 2015

DO 29 DE XUÑO AO 10 DE XULLO



Deputación
DA CORUÑA

29 DE XUÑO O 10 DE XULLO DE 2015
COMPLEXO DEPORTIVO DE SANTA ISABEL
08:30 ÁS 14:00 H.

CAMPUS WATERPOLO 2015

Divirtete cos teus amig@s aprendendo a xogar ao Waterpolo

Para nen@s entre 8 e 17 anos

Obxetivos do Campus

O Campus Waterpolo 2015 pretende achegar, aos máis pequenos e a todos vos que lles poida interesar, ou mundo do Waterpolo.

Mesturando nado, técnica de waterpolo, deportes de pabillón e clases de inglés, buscamos facer dous asistentes uns completos coñecedores déaste deporte, que tanta ledicia e éxitos acadou ou noso país.

Ao mesmo tempo, farase unha saída semanal co grupo, coa intención de ampliar a experiencia déasche deporte noutras cidades e ámbitos.

Para inscribirse non Campus Waterpolo 2015, deberase entregar ou formulario adxunto, perfectamente cuberto, acompañado dun permiso para vos desprazamentos e ás imáxes, asinado polos pais ou titores legais do rapaz ou rapaza. Para calquera outra información, estrá a vosa disposición ou teléfono do Club, **691.666.819** ou remitindo un correo electrónico á dirección:

cwsantiago@gmail.com

O Campus Waterpolo 2015, impartirase nas instalación do Complexo Deportivo Santa Isabel, sito na rúa Tras Santa Isabel, s/n de Santiago de Compostela.

O responsable do Campus será Xavier Pérez Carpio, adestrador do Club.

ACTIVIDADE DIARIA PROGRAMADA

Millora dos estilos de nado

Nados específicos ó waterpolo

Deporte en Pabillón/ Xogos adaptados

Inglés

HORARIOS de luns a venres

08:00 h. Recepción dos participantes (30')

08:30 h. Comenzo da actividade programada

14:00 h. Remate da actividade do día

Hai 30' de marxe para recoller os participantes

PREZOS

SOCIOS: 55€/semana//100€ dúas semanas

NON SOCIOS: 65€/semana//110€ dúas semanas

EQUIPAMENTO NECESARIO

Bañador, gorro, lentes, toalla, chancletas, produtos de hixiene personal

E roupa deportiva cómoda para a actividade no pabillón.

O pagamento farase na conta do Club Waterpolo Santiago

ABANCA

ES67 2080 5155 90 3040056011



Deputación
DA CORUÑA

Nome e Apellidos.....

Data de Nacemento..... Doc. Nac. Identidade.....

Dirección.....

Cidade..... C.P..... Provincia.....

Tif. Contacto.....

Correo electrónico.....

Escoller a opción elexida

SOCIOS

55€ semana

100€ dúas semanas

NON SOCIOS

65€ semana

110€ dúas semanas

Sinatura do asistente

Sinatura da nai/pai/titor

É obrigado adxuntar a fotocopia da tarxeta sanitaria e o comprobante de pago