XV OPEN DE TENIS EN SILLAS DE RUEDAS CIDADE DE FERROL

PUNTUABLE COPA DE ESPAÑA 2015

Fecha 28, 30 de AGOSTO de 2014. (Se podría iniciar el día 27 a la tarde a las 18:00 horas, dependiendo del cuadro, adelantando algún partido.) Entrada hotel dia 27.

Instalaciones Cub de Campo de Ferrol (A Malata) Tno: 981-314254

Superficie*:* tennis- quick

Pelotas*:* BABOLAT

DIVISION: individual (un cuadro o dos, dependiendo número jugadores). Maximo 24 jugadores.
Dobles
Consolación (solo en individual)
Cabezas de serie: Según ranking Nacional
Prenios: Trofeos para ganadores y finalistas
Premios en metalico: 750.- Euros en premios (80% individual, 20% dobles)

Reglas: Se jugara bajo las normas de la Asociación Internacional de tenis en Sillas de Ruedas (ITF).

Alojamiento HOSTAL VILLA DE ARES (**)
Calle Maria - Ares 15624 – A Coruña

CUOTA DE INSCRIPCIÓN

120.- Euros por partipante que requiera alojamiento
Esto incluye: Noches jueves, viernes y sábado. Pensión completa desde la cena del jueves hasta el desayuno del domingo. Cena oficial torneo e inscripción.

30.- Euros por participante que no requiera alojamiento.
Esto incluye: Inscripción en el torneo.

140.- Euros.- Por acompañante que requiera alojamiento.
Esto incluye: Noches jueves, viernes y sábado. Pensión completa desde la cena del jueves hasta el desayuno del domingo. Cena oficial torneo.

* Si alguien quiere o necesita hotel para más días, avisar para concertar habitación.40 euros hab/doble/dia

CIERRE INSCRIPCION: El cierre de la inscripción sera improrrogable el dia **21 de AGOSTO de 2015** a las 24 horas (debiendo comunicarlo por fax 981186666 o email: alvaroillobre@hotmail.com**. (preferible email)**

El pago de la inscripción se hará efectiva en la cuenta de la Agrupación Deportiva Minusválidos, nº **2100-4736-81-0200052669 (La Caixa).** Señalar "torneo tenis silla" y nombre.

Telefonos de interes y contacto:

ADM Ferrol Tno: 981-351430 // 610-709151 (alvaro Illobre)

Fax: 981-351450

XV OPEN DE TENIS EN SILLAS DE RUEDAS CIDADE DE FERROL

INSCRIPCIÓN

DATOS DEL DEPORTISTA / TECNICO

NOMBRE y APELLIDOS…….

Nº DE LICENCIA AÑO……D.N.I. ……

DIRECCIÓN……C.P. …….

LOCALIDAD……PROVINCIA……..

TELEFONO……..DEPORTISTA……TECNICO……

USUARIO PERMANENTE DE SILLAS DE RUEDAS: SI NO
(Marquese lo que proceda)

MEDIO DE TRANSPORTE:

VEHICULO PROPIO SI NO
AUTOCAR SI NO
AVIÓN SI NO
TREN SI NO

Encaso de trasladarse en autocar, tren o avión y precisar de traslados internos:
FECHA DE LLEGADA: ……/ AGOSTO / 2014
LUGAR: HORA ……

FECHA DE SALIDA: /AGOSTO/ 2013
LUGAR: HORA ……

ACOMPAÑANTE: SI NO
NOMBRE Y APELLIDOS:……
NOMBRE Y APELLIDOS:……
FEED UP: SI NO

Entodos los casos marcar con un circulo la opción. En caso de venir sin acompañante , y siempre que ello sea posible, se hará una distribución de habitaciones dobles con otros participantes
Observaciones:……

REMITIR POR FAX AL 981-381666 FECHA TOPE 21-8-2015. 24 HORAS
email alvaroillobre@hotmail.com