

FICHA DE INSCRIPCIÓN 2017
CAMPAMENTOS DE VERANO

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

NOMBRE Y APELLIDOS _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____
DOMICILIO _____
CIUDAD _____ PROVINCIA _____ CP _____
E-MAIL _____

DATOS DE LOS PADRES O REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE DEL PADRE / TUTOR _____ DNI _____
NOMBRE DE LA MADRE / TUTORA _____ DNI _____
TELÉFONOS FIJOS _____ / _____ MÓVILES _____ / _____

AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi hijo/a para que participe en todas las actividades del campamento. Así mismo autorizo al personal responsable de los campamentos para que en caso de accidente o enfermedad de mi hijo/a, actúen como mejor proceda.

Firma del padre/madre o tutor:

Fecha:

CONDICIONES GENERALES

- 1.- Enviar a la Fundación Educativa Activa-t: Ficha de inscripción cumplimentada y firmada, datos medicos, autorización protección de datos y justificante pago al correo electrónico: campamento@fundacionactivate.org
- 2.- Formas de pago: Reserva de plaza 20% de 390 €. Resto 312 €, a pagar 45 días antes del inicio del campamento.
- 3.- Medios de pago: Transferencia bancaria a: **ES46 0182 6062 29 020152642 (BBVA)**
poner en la transferencia: Nombre y apellidos del alumno.
- 4.- Los gastos por anulación son: si la anulación es anterior a los 45 días antes de la salida se devolverá el total de la reserva.
- 5.- La Fundación Educativa Activa-t se reserva el derecho de suspender el campamento por no cubrir un mínimo de 30 plazas.
- 6.- **Adjuntar copia de la Tarjeta Sanitaria pública-SIP o privada o un seguro concertado válido en territorio nacional. Los datos que figuran en esta ficha serán utilizados exclusivamente para asistir al alumno durante su estancia en el Centro.**

7.-En cumplimiento de lo establecido en la LO 15/99, de 13 de Diciembre de Protección de Datos de carácter personal, le informamos que los datos personales que nos aporte a través de este contrato, serán incluidos en los ficheros responsabilidad de La Fundación Educativa Activa-t para gestionar su matriculación en las actividades docentes solicitadas, mantener la comunicación con el alumno y/o con sus padres/tutores, facturar nuestros servicios así como para remitirle información por cualquier medio incluido el correo electrónico sobre otros cursos o actividades que pudieran ser de su interés.

Sus datos serán comunicados a entidades bancarias para el cobro de los recibos y a las entidades correspondientes cuando para la organización de actividades (campamentos) o expedición de títulos sea necesario.

Asimismo, les indicamos que las imágenes de los estudiantes, tomadas en eventos organizados por el centro pueden aparecer en nuestra página Web, folletos del centro, tabloneros de exposición o similares. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, u oposición dirigiéndose al responsable, por escrito junto con fotocopia de su DNI o documento que acredite su identidad, a la siguiente dirección: C/Motilla del Palancar 24, 46019 Valencia.

INFORMACIÓN SOBRE EL ALUMNO

NOMBRE Y APELLIDOS _____

Nº AFILIACIÓN SOCIAL _____

(Añadir fotocopia de la cartilla o seguro privado)

INDICAR SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD: _____

ALERGIAS QUE PADECE: _____

(Si procede, indicar medicación)

SI SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO ESPECIAL, indicar cual: _____

DATOS ESPECIALES _____

(alimentos que no puede comer)

¿ SABE NADAR? Si No ¿ SE MAREA? Si No

¿ TIENE ASMA? Si No ¿ SUFRE HEMORRAGIAS CON FRECUENCIA? Si No

¿ HA SIDO VACUNADO CON LA TRIPLE? Si No

(Tétanos, difteria, tosferina)

SEÑALE A CONTINUACIÓN SI EXISTE ALGUN DATO MEDICO RELEVANTE: _____

Los datos arriba indicados responden a la realidad, no ocultando ningún dato médico importante

Firma del padre/madre o tutor/a

Fecha: