

FICHA INSCRIPCIÓN – SUMMER CAMP 2021

DATOS PERSOAIS DO/A ALUMNO/A:

Nome e Apelidos: _____

Data Nacemento: _____ Idade: _____ Centro Escolar _____

Dirección: _____

Poboación: _____ C.P. _____

Alerxias, Intolerancias, Medicacións ou outros: _____

DATOS FAMILIARES:

Nome completo NAI _____

D.N.I.: _____ Tlfno. Móbil _____ Tlfno. Traballo _____

Correo electrónico _____

Nome completo PAI _____

D.N.I.: _____ Tlfno. Móbil _____ Tlfno. Traballo _____

Correo electrónico _____

AUTORIZACIÓNS PARA RECOLLER AO/A ALUMNO/A:

Nome e Apelidos _____ D.N.I _____

Nome e Apelidos _____ D.N.I _____

Nome e Apelidos _____ D.N.I _____

QUENDAS QUE SE SOLICITAN: (Sinalar todas as quendas nas que se inscribe ao/a alumno/a):

Do 23 ao 30 de Xuño.

Do 1 ao 15 de Xullo. *TRANSPORTE: Si. Indique a parada _____ Non.

Do 16 ao 30 de Xullo. *TRANSPORTE: Si. Indique a parada _____ Non.

Do 2 ao 13 de Agosto. *TRANSPORTE: Si. Indique a parada _____ Non.

Do 17 ao 31 de Agosto. *TRANSPORTE: Si. Indique a parada _____ Non.

Do 1 ao 8 de Setembro.

***O servizo de transporte prestarase sempre e cando haxa un mínimo de nenos/as inscritos/as.**

DECLARO E AUTORIZO:

- Coñezo a tarifa de prezos vixente para os Campamentos Vacacionais e acepto a súa normativa.
- Autorizo ás persoas arriba indicadas a recollida do/a meu/miña fillo/a. (Adxunto DNI).
- Entrego a totalidade da documentación solicitada para a participación na actividade contratada.
- Autorizo ao persoal do Campamento ao traslado do/a menor no caso de urxencia ao centro médico.
- Autorizo ao centro a realizar fotos e/ou vídeos das actividades, así como a exposición das mesmas no centro, soportes dixitais ou redes sociais (Trastes App, Facebook, ...) e que todas as familias poidan solicitar copia das mesmas.
- Autorizo a realizar todas as saídas programadas e organizadas pola empresa con obxecto do Campamento.

DECLARACIÓN RESPONSABLE DA OCUPACIÓN LABORAL DOS/AS PAIS/NAIS/TITORES/AS DO/A MENOR

NAI	PAI
<p>D^a _____ con DNI _____ como nai do/a menor arriba indicado, declaro que polas circunstancias laborais actuais atópome na necesidade de contar co servizo de conciliación "Summer Camp 2021".</p> <p>DATOS LABORAIS: - NOME DA EMPRESA: _____ - HORARIO DE TRABAJO: _____</p> <p>Para os efectos oportunos asino esta declaración.</p> <p>Asdo.: _____</p>	<p>D. _____ con DNI _____ como pai do/a menor arriba indicado, declaro que polas circunstancias laborais actuais atópome na necesidade de contar co servizo de conciliación "Summer Camp 2021".</p> <p>DATOS LABORAIS: - NOME DA EMPRESA: _____ - HORARIO DE TRABAJO: _____</p> <p>Para os efectos oportunos asino esta declaración.</p> <p>Asdo.: _____</p>

DOCUMENTACIÓN:

- Ficha de Inscripción debidamente cuberta e asinada.
- DNI do/a menor, dos/as pais/nais/titores/as e das persoas autorizadas para a recollida.
- Fotocopia da tarxeta sanitaria do/a menor.
- Declaración sobre a saúde do/a menor.
- Xustificante do pago da taxas.

Acepto totalmente as condicións establecidas para o Campamento Vacacional "Summer Camp 2021".

Ordes, a ____ de _____ de 2021.

Asinado.: _____



DECLARACIÓN SOBRE LA SALUD DEL USUARIO/A

Estimada familia,

Como parte de nuestras medidas de seguridad internas contra el brote de COVID19, rogamos la cumplimentación de este formulario antes de la incorporación del/a alumno/a al centro. Este formulario deberá ser entregado antes de que el alumno acuda al centro escolar.

Gracias por vuestra cooperación.

Nombre y apellidos (del padre o de la madre)	
Nombre y apellidos del/a alumno/a	
Fecha	
Hora	

Marcar con una X la opción que corresponda, sí o no:

	Sí	No
¿Su hijo/a tiene o ha tenido fiebre en los últimos 14 días? (Más de 37°C de fiebre)*		
¿Ha tenido problemas respiratorios, incluyendo tos, en los últimos 14 días?		
¿Ha estado en contacto con alguna persona con confirmación de coronavirus o que esté de baja por ser posible o probable contagio en dicho período?		
¿Ha estado en contacto estrecho con personas que presentaban cuadro respiratorio agudo en los últimos 14 días?		
¿Ha sufrido vómitos en los últimos 14 días?		
¿Ha sufrido diarrea en los últimos 14 días?		
¿Ha sufrido dolores de cabeza en los últimos 14 días?		
¿Ha sufrido dolor de garganta en los últimos 14 días?		
¿Ha percibido ausencia de sentido del olfato o del gusto en los últimos 14 días?		
¿Ha sufrido debilidad general en los últimos 14 días?		

* Se recuerda que le será tomada la temperatura antes del acceso a la instalación.

Firma de declarante:

Política sobre privacidad de datos:

Estos datos serán tratados según la política de privacidad de la empresa. Una vez el procesamiento de estos datos ya no sea necesario para el propósito previsto, sus datos se eliminarán de inmediato. En cumplimiento del RGPD y en nombre de la empresa, tratamos la información con el único fin de prestarles el servicio solicitado de manera segura. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Tiene derecho a obtener información sobre cómo en la empresa estamos tratando estos datos personales; por tanto, tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar datos inexactos o solicitar la supresión de datos cuando ya no sean necesarios. Esta documentación será destruida al mes de la cita. Puede hacer cualquier requerimiento en este sentido a la dirección de correo electrónico de la empresa o de forma verbal.