



HOJA DE MATRÍCULA

JORNADA CONTINÚA JUNIO



DATOS PERSONALES DEL NIÑO/A

NOMBRE APELLIDOS

FECHA DE NACIMIENTO/...../..... CURSO ESCOLAR

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A

NOMBRE APELLIDOS

EMAIL

TELÉFONOS 1. 2.

AVISO EN CASO DE URGENCIA

EN CASO DE NECESIDAD DE CONTACTO URGENTE DURANT EL TRANCURSO DE LA ACTIVIDAD, AVISÁIS

A:.....

PARENTESCO: TELÉFONO:

DOMICILIACIÓN BANCARIA

PRECIO ESTIMADO: 45€/PARTICIPANTE

(ESTE PRECIO PUEDE AJUSTARSE A LA BAJA, SEGÚN EL N.º DE INSCRIPCIONES)

INDÍCANOS LOS NÚMERO DE CUENTA BANCARIO DONDE CARGAR EL IMPORTE DE LA JORNADA CONTINÚA

ES

DÍGITO DE CONTROL

ENTIDAD

OFICINA

D.C.

NÚMERO DE CUENTA

TITULAR DE LA CUENTA:

AUTORIZACIÓN MADRE/PADRE/TUTOR/A

EN/LA/

autorizo a mi hijo/a

a asistir a la Jornada continúa de Peñíscola, según las condiciones establecidas en la convocatoria y acredito que sus condiciones físicas sanitarias son aptas para participar en la actividad, así como que son verdaderas todos los datos indicados. Además, autorizo el traslado médico de mi hijo/a en caso de accidente e intervenir quirúrgicamente o tomar cualquier otra decisión médica por parte del correspondiente equipo médico, en cas de urgencia. También autorizo a recibir pequeñas curas y medicamentos como analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios, de formulación infantil y que se libran sin receta, por parte de los dirigentes. Y para finalizar, doy mi consentimiento porque mi hijo/a sea fotografiado o filmado durante las actividades realizadas en la actividad para uso exclusivo de esta actividad.

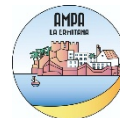
FIRMADO FECHA...../...../202.....

DOCUMENTACIÓN

En virtud del que establece la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, así como del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas, se le informa que los datos por usted facilitados a través del presente formulario serán incorporados a un fichero, titularidad de Gestiona Cultura SLU, la finalidad del cual es la gestión de cuotas, actividades e información al cliente. Por medio de la aceptación de este formulario otorga su consentimiento expreso al tratamiento de los datos personales incluidos en el mismo y al envío de comunicaciones a través de correo electrónico con los fines referidos anteriormente, adicionalmente autoriza que la entidad traslade una lista únicamente con el nombre y apellidos del alumno a la empresa externa que realiza la actividad. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos que prevé la "LOPD, dirigiéndose a Gestiona Cultura SLU, Arrabal de Valencia 11, Les Coves de Vinromà (Castelló)



FICHA MÉDICA



EL NIÑO/A TIENE ALGUNA ENFERMEDAD, NECESIDAD EDUCATIVA ESPECIAL O ENFERMEDAD CRÓNICA? INDICO CUÁL

ALERGIAS O INFORMACIÓN RELEVANTE

OBSERVACIONES O COMENTARIOS ADICIONALES

FECHA Y FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A:

PODÉS HACER ESTA INSCRIPCIÓN ONLINE:

