

# FIGHA INSCRIPCIÓN CAMPAMENTOS URBANOS

NIÑ@ (Nombre y apellidos): \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL/LA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ TALLA DE CAMISETA: 3/4, 5/6, 7/8, 9/10, 11/12 Camiseta extra

## CAMPAMENTOS:

Semana 27 de junio al 3 julio

Semana 4 al 10 de julio

Semana 11 al 17 de julio

Semana 19 al 24 de julio

Semana del 25 al 31 de julio

Semana del 1 al 7 de agosto

Semana del 8 al 14 de agosto

Forma de pago: TRANSFERENCIA CAJA RURAL: ES68 3016 0206 5622 7960 0528

## DATOS MÉDICOS

A) ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD, ALERGIAS O INTOLERANCIAS? (Especificar tipo):

\_\_\_\_\_

B) ¿HAY ALGUNA ACTIVIDAD QUE NO PUEDA REALIZAR?

\_\_\_\_\_

C) ¿TIENE QUE TOMAR ALGUNA MEDICACIÓN DURANTE EL CAMPAMENTO?

\_\_\_\_\_

## OTROS DATOS

D) ¿SABE NADAR?

\_\_\_\_\_

E) INDIQUENOS CUALQUIER OTRO DATO QUE QUIERA APORTAR

\_\_\_\_\_

Autorizo al personal de la Actividad de Tiempo Libre a realizar fotografías y videos del acampado, y doy mi consentimiento para su posible utilización en los medios de difusión de nuestras actividades. SI

AUTORIZO A MI HIJO/A A REALIZAR LAS SALIDAS QUE SE REALICEN EN EL CAMPAMENTO

SI

NO

AUTORIZO A MI HIJO/A A REGRESAR SOLO A CASA

SI

NO

Si has respondido NO indica las personas autorizadas para recogerlo:

FECHA Y FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Firmado \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

Campamentos  
regidos de acuerdo a  
la normativa vigente.

## Cláusula informativa para CLIENTES

**RESPONSABLE:** DEPORTES PEÑARANDA S.L. | **FINALIDAD PRINCIPAL:** Gestionar la relación comercial/profesional | **LEGITIMACIÓN:** Gestionar la relación comercial/profesional | **DESTINATARIOS:** Gestionar la relación comercial/profesional | **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas. | **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en el reverso de este documento.

Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal

Autorizo al envío de comunicaciones informativas relativas a las actividades, productos o servicios por correo postal, fax, correo electrónico o cualquier otro medio electrónico.

Los datos de salud que me facilite serán tratados según las medidas de seguridad que marca el nuevo Reglamento General de Protección de Datos.