



PEGAR FOTO

FICHA DE INSCRIPCIÓN CAMPAMENTO URBANOS

Periodo de inscripción:

Mes: Semana del..... al.....

Días:

Horario: 9:00h – 14:00h 8:00h – 15:00h

Servicio de comedor: Solicita menú Trae comida de casa

Datos personales del niñ@:

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Piso: _____

Localidad: _____ Código Postal: _____

Teléfono casa: _____ E-Mail: _____

Nombre del Padre: _____ Telf. Móvil: _____

Nombre de la Madres: _____ Telf. Móvil: _____

Autorización:

D/Dña. _____

Como tutor/a legal con DNI: _____ autoriza a CIRCUS C.B, Centro de Ocio Urbano a hacer fotografías (con fines divulgativos) al niño/a referido en esta inscripción y a salir al exterior de las instalaciones a realizar algunas actividades.

PROTECCION DE DATOS. A los efectos previstos en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales del menor serán incorporados en nuestro fichero de Clientes. Respecto a los citados datos se podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación, en los términos previstos en la indicada Ley Orgánica 15/1999 a través del correo reservas@circusociourbano.com

FIRMADO (MADRE, PADRE O TUTOR/A LEGAL) _____ a _____ de _____ de 20

❖ La firma de la siguiente inscripción, confirma el conocimiento y aceptación de las normas de inscripción y del propio centro.



Personas Autorizadas a recoger al menor:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Datos médicos:

- A) Alergias(especificar tipo): _____

- B) ¿Sigue algún tipo de medicación o tratamiento especial? _____

- C) ¿Sigue algún régimen de comida? (tipo) _____
- D) ¿Existe algún alimento que no pueda tomar? _____

- E) ¿Padece alguna afección frecuente? _____
- F) ¿Tiene algún miedo hacia algo en especial? _____
- G) ¿Presenta algún tipo de trastorno motor, psíquico, sensorial o de conducta? _____

- H) Otras observaciones que deseen que tengamos en cuenta _____

PEGAR AQUÍ FOTOCOPIA DE LA CARTILLA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

En caso de que sea imposible mi localización autorizo a los responsables del centro a tomar decisiones médicas oportunas.

Firma de Padre, Madre o Tutor/a Legal

