

FICHA DE INSCRIPCIÓN: CAMPAMENTO CIN MONTECARMELO

DEL	AL	DE	DE
-----	----	----	----

DATOS PERSONALES:

NOMBRE:.....APELLIDOS:.....

EDAD:.....FECHA DE NACIMIENTO:.....

TELÉFONOS DE CONTACTO:.....

DIRECCIÓN DE E-MAIL:.....

NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL:.....

DIRECCIÓN:.....

NOMBRE DEL PADRE:.....

NOMBRE DE LA MADRE:.....

INDICAR NOMBRE Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS QUE VAN A LLEVAR Y RECOGER AL NIÑO/A, JUNTO CON EL D.N.I. ó Nº. DE PASAPORTE: (Sólo podrán recoger a los menores aquéllas personas autorizadas en la inscripción)

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

AUTORIZACIÓN

D/Dña....., con D.N.I. nº.....
en calidad de de.....,
le autorizo a participar en las actividades programadas por el CIN Montecarmelo, con motivo de sus campamentos urbanos.

Así mismo, autorizo a que las imágenes tomadas durante la realización del evento sean utilizadas por el CIN Montecarmelo, para promover y difundir su programación (Marcar la casillo **sólo si NO SE AUTORIZA**)

FIRMA:

“Los datos recogidos serán incorporados y tratados en el sistema informático del Ayuntamiento de Madrid y podrán ser cedidos de conformidad con la ley, pudiendo ejercer ante el mismo los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal”.

ALERGIAS		
POLEN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
PLANTAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿CUÁLES?
ALIMENTICIAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿CUÁLES?
INSECTOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿CUÁLES?
MEDICAMENTOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿CUÁLES?
OTRAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿CUÁLES?
¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN PARA LA ALGERGIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
MEDICACIÓN:	ADMINISTRACIÓN:	
MEDICACIÓN:	ADMINISTRACIÓN:	
<p>Los datos aquí recogidos son meramente informativos.</p> <p>El personal del CIN no administrará ningún tipo de medicación.</p>		

ENFERMEDAD		
¿PADECE ALGUNA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿CUÁL?
¿TOMA MEDICACIÓN?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿CUÁL?
¿LA TOMARÁ DURANTE EL CAMPAMENTO?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ADMINISTRACIÓN:

LESIONES		
¿SUFRE ALGUNA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿CUÁL?
CUIDADOS A TENER EN CUENTA		

MEDICACIÓN: DOSIFICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN

OTRAS CONSIDERACIONES

Así mismo autorizo a que mi hija/hijo salga de las dependencias del CIN Montecarmelo, acompañado en todo momento de una educador/a, para realizar juegos en las zonas aledañas al mismo.

Autorizo a que mi hijo/a participe activamente en los juegos y actividades programados y en caso de que no puedan realizar alguna dinámica lo informaré de antemano de forma escrita.

Firmado: (padre, madre, tutor)