

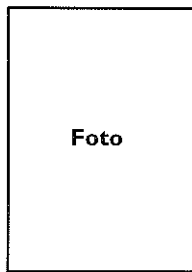


ACAMPADAS INTERMUNICIPAIS NA NATUREZA

VILARBÓ 20__

ROBINSON (6 a 11 anos)

MULTIAVENTURA (12 a 17 anos)



DATOS DO PARTICIPANTE

Apelidos e Nome.....

Enderezo.....

Localidade..... C.P..... Tlf.....

Data de nacemento..... D.N.I.....

Asistiu ó campamento en anos anteriores?.....

En que anos e que turnos?.....

En que parada colle o autobús de ida?

Ferrol Neda Pontedeume As Pontes

DECLARACIÓN DOS PAIS/TITORES

Nome.....

D.N.I. nº.....

..... declaro que as condicións físicas do meu fillo/a son axeitadas para a asistencia ás Acampadas Intermunicipais na Natureza. Declaro ademais que a información que a continuación aporito sobre o meu fillo é correcta.

E alérxico a algún medicamento?..... a cal?.....

Ten algunha alerxia alimentaria*?..... Especifique a que.....

Padece algunha enfermidade?.....

Sabe nadar?.....

Asimesmo autorizo ó meu fillo/a.....

a asistir ás Acampadas Intermunicipais na Natureza e realizar tódalas actividades. Autorizo a facer fotos do meu filla/o e utilízalas en posibles publicacións da entidade e na páxina web da asociación Néboa

Si Non

Faga constar calquera información que poida ser útil ou importante para a mellor estancia do seu fillo/a:

Para urxencias avisar a..... con teléfono.....

Firma do pai/nai ou titor/titora:

En..... a..... de..... de.....

A CUBRIR POLA DIRECCIÓN/A CUBRIR POR LA DIRECCIÓN

Data de baixa..... Data de alta.....

Visitas médicas (adxuntar a esta ficha as diferentes observacións médicas)

Observacións.....

Sinatura/Firma:

DATOS DE INTERESE PARA OS PAIS/DATOS DE INTERÉS PARA LOS PADRES

Se quere que o seu fillo/a comparta a tenda con algún amigo/a escriba o seu nome e apelido segundo a preferencia:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

ADXUNTARÁSE A ESTA FICHA

- Fotocopia do resgardo de ingreso bancario. - Fotocopia da tarxeta sanitaria.
- Fotocopia do D.N.I. ou fotocopia do libro de familia. - Unha fotografía tamaño carnet.
- En caso de alerxia alimentaria e medicación adxuntar informe médico.
- En caso de que os nenos/nenas teñan medicación, firmar autorización oara a administración do mesmo.

Eu..... Autorizo baixo a miña responsabilidade a que administren ao meu fillo/a o medicamento que seguidamente se relaciona en tempo e dose detallada.

Medicamento			

Observacións:

Firma do pai/nai ou titor/titora:

De acordó co establecido por Lei Orgánica 15/1999. De 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal (LOPD), informámoslle que os seus datos están incorporados nun ficheiro do que é titular a ASOCIACIÓN ESCOLA DE TEMPO E AIRE LIBRE NEÉBOA, coa finalidade de da súa xestión na actividade para a que foron solicitados.

Asimismo, informamoslle da posibilidade de exercer os dereitos de acceso, rectificación, e cancelación e oposición dos seus datos no domicilio fiscal de ASOCIACIÓN ESCOLA DE TEMPO E AIRE LIBRE NEBOA, sino en MUCHIQUEIRA, 24, 15510 NEDA - A CORUÑA