

# INSCRIPCIÓN

NOMBRE: \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

POBLACIÓN: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DURANTE LA ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_

ESTUDIOS: \_\_\_\_\_

CURSO: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Fotocopia de los DNI, de las personas autorizadas para su recogida.**

Fdo:

El Álamo a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

PARA ESTAR DEBIDAMENTE INSCRITO:

Deberá abonarse la cantidad por el importe íntegro de esta actividad, en el lugar que indique la organización, y presentar el justificante de pago, de dicha entidad junto con el resto de las fichas debidamente cumplimentadas y firmadas.

**La firma de esta solicitud supone la total aceptación de sus condiciones generales y específicas.**

No se devolverá el dinero abonado por inscripción en dicha actividad, salvo causa debidamente justificada.

Si el problema para inscribirse a esta actividad es debido a cualquier causa incluso ECONOMICA, ¡POR FAVOR! Poneros en contacto con nosotros en los teléfonos indicados en este tríptico.

## INFORMACIÓN SANITARIA

TIPO DE SEGURO (Seguridad Social o Mutua): \_\_\_\_\_

CIP (cartilla seguridad social) \_\_\_\_\_

REGÍMEN ESPECIAL DE ALIMENTACIÓN: \_\_\_\_\_

¿CUÁL? \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

VACUNAS: \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES DE INTERÉS ¿CUÁL?: \_\_\_\_\_

OTROS DATOS DE INTERÉS, NO ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE Y QUE CONSIDERES IMPORTANTES PARA SU SALUD: (grupo sanguíneo, moja la cama, sabe nadar, menstruación, alteración motora, reacciones ante picaduras de insectos, etc....):

Junto con esta ficha debe traer: fotocopia del seguro del que disponga. Si está medicándose, el informe médico, especificando dosis del tratamiento. Si es alérgico a alguna medicación o algo específico, por favor traerlo debidamente anotado.

Fdo:

El Álamo a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_

En caso de emergencia avisar a \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**La omisión de información en este apartado eximirá a la organización de cualquier tipo de responsabilidad**

Los datos recogidos serán tratados con su consentimiento informado en los términos del artículo 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 8/2001, de 13 de julio, de Protección de Datos en la Comunidad de Madrid, pudiendo ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.

## AUTORIZACIÓN

D/Dª ..... D/Dª ..... D/Dª .....

Con DNI nº ....., autorizo a mi hijo/a a participar en esta actividad en las fechas .....

Organizada por el Ayuntamiento de El Álamo, de acuerdo con las condiciones generales y específicas que se establecen en la convocatoria, haciendo extensiva esta autorización a las decisiones médico-quirúrgicas que fuesen necesario adoptar, en caso de gravedad, bajo la dirección facultativa pertinente. Aceptando de igual manera, el programa educativo y de actividades que en ella se han de desarrollar, así como la responsabilidad de asumir los gastos ocasionados por roturas o deterioros por el mal uso o negligencia de las instalaciones y materiales a utilizar. Así mismo certifico que las condiciones físico-sanitarias de mi hijo o hija son aptas para el desarrollo de la actividad elegida.

Así mismo expreso mi conformidad para la realización de fotografías de dicha actividad en las que pueda estar incluido mi hijo o hija y su posterior utilización en materiales de difusión o educativos que pueda realizar el Ayuntamiento.

SI NO (Rodear lo que proceda)

Firma: .....

El Álamo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Es imprescindible, para la realización de la actividad, que esta autorización esté firmada por el padre, madre, tutor o tutora legal y adjuntar una fotocopia del DNI.