

DATOS PERSONALES - POR FAVOR, RELLENAR EN MAYÚSCULAS

NOMBRE COMPLETO _____ SEXO H M

FECHA NACIMIENTO _____ EMAIL (TUTORES) _____

DIRECCIÓN _____

CÓDIGO POSTAL _____ LOCALIDAD _____

PROVINCIA _____ TELÉFONO FIJO _____

TELÉFONO MÓVIL _____ TELÉFONO SMS* _____

CENTRO ESCOLAR _____ CURSO _____

* número de teléfono donde desea recibir el SMS de confirmación de llegada del participante a las instalaciones (programas que incluyan pernocta)

DATOS MÉDICOS / SALUD

Si no tuviese espacio suficiente en alguno de los apartados, por favor utilicen la parte de atrás de esta ficha o adjunten aquellos documentos que puedan resultar de interés para una mejor atención participante. Todos los datos serán tratados con la máxima confidencialidad.

¿TIENE ALGÚN TRATAMIENTO? SI NO

EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR COMPLETE EL SIGUIENTE CUADRO

¿QUÉ MEDICACIÓN?	¿CUÁNDO LA TOMA?	¿CÓMO LA TOMA?	¿ES SÓLO POR SI ACASO?
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

¿TIENE ALGUNA ALERGI A O INTOLERANCIA A ALGÚN ALIMENTO O MEDICAMENTO? SI NO

¿TIENE ALGUNA DIETA ESPECIAL? SI NO

OTRAS OBSERVACIONES

Autorizo a mi hija/o para que participe en todas las actividades del programa. Asimismo, autorizo al personal afecto a la instalación a que en caso de accidente o enfermedad de mi hija/o, actúen como mejor proceda. En caso de seguir un tratamiento médico o dieta, le sea facilitada siguiendo las instrucciones de la prescripción adjunta. No se facilitarán medicaciones que no hayan indicado en la presente ficha de inscripción, o en su caso autorización posterior, salvo por prescripción facultativa (en caso de enfermedad y/o accidente).

Firmado en _____, a _____ de _____ del 20__

Firma del padre, madre o tutor

La firma del padre, madre o tutor implica la aceptación de las condiciones que puede consultar en el centro escolar. Si por causas ajenas a nuestra voluntad o por razones meteorológicas alguna actividad no se pudiera realizar, la Organización se reserva el derecho de sustituirla por otra de igual interés. SyG Educación, S.L. se reserva el derecho a utilizar las fotos y/o vídeos de los participantes en los programas para información a los padres (fotos de grupo, blog diario de las actividades), publicidad, y la realización de actividades durante su estancia (p.e. taller TIC, taller de video...). Si no consiente esta autorización marque la siguiente casilla . SyG enviará un SMS al teléfono móvil facilitado, confirmando la llegada a las instalaciones del participante en los programas que incluyan al menos una pernocta. Si no consiente esta autorización marque la siguiente casilla . De conformidad con lo establecido en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que todos los datos facilitados serán incorporados a un fichero cuya titularidad corresponde a SyG Educación, S.L. Los datos recogidos se utilizarán para la atención adecuada de los alumnos participantes en la actividad inscrita. Dicho fichero se encuentra debidamente inscrito en el Registro de la Agencia de Protección de Datos. Podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus datos personales, en los términos y condiciones previstos en la normativa vigente, mediante comunicación escrita a SyG Educación, calle Cimadevilla, 17 - 1º A - 33003 - Oviedo (Asturias).