

FICHA DE INSCRIPCIÓN CAMPAMENTO DE VERÁN 2019

Nome e apelidos do/a menor

DNI data de nacemento

endereço

teléfonos

Datos do/a pai/nai/ titor/a legal do/a menor

D./D.^a.....,
con DNI....., en calidade de pai/nai/titor/a de

AUTORIZO

1.- O/A menor arriba indicado/a a que participe no Campamento de Verán 2019, en Cabana de Bergantiños do 29 de xullo ao 4 de agosto de 2019.

2.- As seguintes persoas para que o/a entreguen e/ou recollan nos puntos de saída e chegada:

Nome e apelidos	DNI	Parentesco

3.- O Concello da Baña para que fotografe e grave imaxes e sons durante o CAMPAMENTO DE VERÁN 2019 nas que apareza o/a neno/a citado/a, ben individualmente ou estando co grupo SI NON.

As imaxes e os sons poderán difundirse a través de medios de comunicación audiovisual ou xornais ou pasar a formar parte do arquivo do Concello da Baña para utilizalas en campañas de promoción. En todo momento serán respectados os dereitos da infancia.

Os seus datos serán confidenciais e incorporados aos correspondentes ficheiros do Concello, conforme ao disposto na Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal. En calquera momento, poderá exercer o dereito de acceso, cancelación, rectificación e oposición comunicándoo mediante un escrito que deberá presentar no Rexistro Xeral do Concello.

DECLARO

1.- Que o/a menor arriba indicado/a está empadroado/a no Concello da Baña SI NON.

2.- Que o/a menor arriba indicado/a é pertencente a unha unidade familiar empadroadada no Concello da Baña SI NON.

A Baña, _____ de _____ de 2019

Asdo.:

DOCUMENTACIÓN REQUIRIDA:

- DNI do/a menor ou libro de familia
- DNI do/a pai/nai/ titor/a legal do/a menor
- Tarxeta sanitaria
- Xustificante de pagamento
- Informe médico (de ser o caso)

DATOS MÉDICOS

A. ALERXIAS (Especificar tipo): _____

b.1) Antibióticos, medicamentos: _____

b.2) Animais ou alimentos: _____

B. SEGUE ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN OU TRATAMENTO MÉDICO ESPECIAL? ESPECIFICAR

C. SEGUE ALGÚN RÉXIME DE COMIDA?(tipo): _____

D. EXISTE ALGÚN ALIMENTO QUE NON POIDA TOMAR? _____

E. PADECE ALGUNHA AFECCIÓN FRECUENTE? _____

F. TEN ALGÚN MEDO CARA A ALGO EN ESPECIAL? _____

G. PRECISA ALGÚN APOIO EXTRA? _____

H. SABE NADAR? _____ CURSIÑOS DE NATACIÓN REALIZADOS EN _____ DURANTE _____

I. OUTRAS OBSERVACIONES QUE DESEXA REFLECTIR _____

No caso de que sexa imposible a miña localización, **AUTORIZO** os responsables da actividade, a tomar as decisións médicas que estimen oportunas en beneficio do/a menor.

Asinado: (Pai, nai, titor/a legal)