

DOCUMENTACIÓN A ENTREGAR

- Este documento cumplimentado y firmado por el padre, madre o tutor.
- Informe médico en el caso de que tuviera algún tipo de tratamiento.

¿DÓNDE...?

Por correo electrónico al centro que corresponda

INSCRIPCIÓN (Válida para 1, 2 o 3 hermanos/as)

Datos personales del niño/a (1)

Nombre _____

Apellidos _____

Edad ____ Fecha de Nacimiento _____ N.I.F. _____

Fechas / semana

Horario de entrada

 Sin madrugadores Con madrugadoresHora aproximada de llegada

Horario de salida

 Sin continuadores Con continuadoresHora aproximada de recogida

Datos personales del niño/a (2)

Nombre _____

Apellidos _____

Edad ____ Fecha de Nacimiento _____ N.I.F. _____

Fechas / semana

Horario de entrada

 Sin madrugadores Con madrugadoresHora aproximada de llegada

Horario de salida

 Sin continuadores Con continuadoresHora aproximada de recogida

Datos personales del niño/a (3)

Nombre _____

Apellidos _____

Edad ____ Fecha de Nacimiento _____ N.I.F. _____

Fechas / semana

Horario de entrada

 Sin madrugadores Con madrugadoresHora aproximada de llegada

Horario de salida

 Sin continuadores Con continuadoresHora aproximada de recogida

AUTORIZACIÓN

Declarando la ausencia de oposición del otro titular de la patria potestad, autorizo a que mis datos personales y los datos personales del menor/es, incluidos sus datos de salud, sean incorporados a un fichero titularidad de Caja de Burgos, F.B. con la finalidad de gestionar el desarrollo de las actividades arriba indicadas. Asimismo, autorizo:

La participación del menor/es en todas las actividades y excursiones que se lleven a cabo en las fechas solicitadas.

A que en caso de máxima urgencia, el responsable competente de la actividad (coordinador o director) tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.

Consiento a que los datos personales relativos a imágenes y videos del menor captados durante su participación en las distintas actividades puedan ser tratados por Caja de Burgos F. B. con la finalidad de divulgar y promocionar en medios tradicionales las actividades y programas llevados a cabo.

Consiento a que los datos personales consistentes en imágenes y videos del menor captados durante su participación en las distintas actividades puedan ser tratados por Caja de Burgos F. B. con la finalidad de divulgar y promocionar en medios on line y redes sociales las actividades y programas llevados a cabo.

Datos del padre, madre o tutor

Nombre y Apellidos: _____

Tfno.: _____

e-mail: _____

Avisos de emergencia

Tfno.: _____

Persona y relación: _____

Quién va a recoger al menor

Nombre y Apellidos: _____

Relación: _____

Nombre y Apellidos: _____

Relación: _____

Nombre y Apellidos: _____

Relación: _____

Relación: _____

FICHA MÉDICA

Será obligación de los tutores informar previamente a la Fundación de las enfermedades diagnosticadas a los menores que aparecen en la solicitud, así como el tratamiento médico que debe aplicarse durante el tiempo de duración de la actividad, acompañándose informe médico justificativo. No será obligación de la Fundación facilitar a los menores tratamientos prescritos o no médicamente. No obstante, será decisión de la Fundación facilitar, en todo caso, tratamientos leves. En caso de requerimiento por parte de la Fundación será obligación de los representantes legales facilitar el tratamiento médico o disponer de los medios humanos necesarios para su aplicación. En caso de incumplimiento de esa obligación, las consecuencias médicas que para el menor/es pudieran producirse serán responsabilidad exclusiva de los tutores, quienes asumirán los costes económicos adicionales en los que pudiera incurrirse. Igualmente, la Fundación podrá dar por finalizada la actividad para el menor/es sin devolución de los importes abonados.

Niño/a 1. Alergias o enfermedades que exija régimen alimentario o tratamiento farmacológico:

Otras indicaciones

Niño/a 2. Alergias o enfermedades que exija régimen alimentario o tratamiento farmacológico:

Otras indicaciones

Niño/a 3. Alergias o enfermedades que exija régimen alimentario o tratamiento farmacológico:

Otras indicaciones

A que Caja de Burgos F. B. pueda tratar mis datos personales con la finalidad de enviar información comercial, utilizando para ello los distintos medios de comunicación, entre los que se incluyen los medios electrónicos.

En cumplimiento de la normativa vigente, podrá ejercer sus derechos, en los términos legalmente previstos, en la siguiente dirección: Plaza de la Libertad s/n (Casa del Cordón), 09004 Burgos o en el correo electrónico dpo@cajadeburgos.com. Para conocer todos los aspectos relativos a la política de protección de datos de la Fundación visite la página web www.cajadeburgos.com.

Nombre, apellidos y firma del padre, madre o tutor: