



FICHA DE PRE-INSCRIPCIÓN CAMP SERRACINES

DATOS PERSONALES DEL NIÑO/A

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / 20____ Núm. Seguridad Social: _____

Domicilio: _____

CP y Localidad: _____ Tel. Móvil: _____

E-Mail _____ Tel. Fijo: _____

Don/Doña _____, con DNI: _____

En calidad de ☐ Padre / ☐ Madre / ☐ Tutor,

SOLICITA LA INSCRIPCIÓN del niño/a en la actividad
CAMP SERRACINES (*días 7, 10, 11, 12 y 17 de abril de 2017*)

Opción Elegida: ☐ de 08:00 a 16:00, incluye desayuno y comida, 85€
☐ de 08:00 a 14:00, incluye desayuno, 60€
☐ de 09:00 a 14:00, sin desayuno ni comida, 50€
☐ de 09:00 a 16:00, incluye comida, 75€

Personas Autorizadas a recoger al menor: _____

Pago: Con tarjeta de crédito, al confirmar la inscripción.

Autorizo a hacer fotografías (con fines divulgativos) al niño/a referido en esta inscripción y a salir al exterior de las instalaciones a realizar algunas actividades.

En caso de que sea imposible mi localización autorizo a los responsables de la actividad, a tomar las decisiones médicas oportunas.

La firma de la presente inscripción, confirma el conocimiento y aceptación de las normas de inscripción

En Fresno de Torote, a ____ de _____ de 2017

Firma del padre, madre o tutor



FICHA DE PRE-INSCRIPCIÓN CAMP SERRACINES

AYÚDANOS A CONOCER A TU HIJA O HIJO

Queremos conocer a tu hijo/a un poco mejor por lo que te pedimos que nos hables de él/ella.

CAMPAMENTO

1. ¿Es la primera vez que va de Campamento Urbano? ☐ SI / ☐ NO
2. ¿Asiste por motivación propia al Campamento Urbano? ☐ SI / ☐ Está conforme / ☐ NO está conforme
3. ¿Crees que puede sufrir inseguridad al separarse de ti durante el Campamento? ☐ SI / ☐ NO

AMIGOS/AS

4. ¿Hace amigos/as con facilidad? ☐ SI / ☐ NO
5. ¿Asiste con amigos/as al Campamento? ☐ SI / ☐ NO
6. ¿Es extrovertido o más bien introvertido? ☐ Extrovertido / ☐ Introvertido

DATOS MÉDICOS

¿**ALERGIAS** a antibióticos, medicamentos, animales o alimentos? (Especificar) _____

¿**MEDICACION O TRATAMIENTO MEDICO ESPECIAL**? _____

¿**RÉGIMEN DE COMIDA**? _____

¿**EXISTE ALGÚN ALIMENTO QUE NO PUEDA TOMAR**? _____

¿**PADECE ALGUNA AFECCIÓN FRECUENTE**? _____

¿**TIENE ALGÚN MIEDO HACIA ALGO EN ESPECIAL**? _____

¿**SUFRE ALGÚN TIPO DE RETRASO MOTOR O MENTAL**? _____

¿**NECESITA ALGÚN APOYO EXTRA**? _____

OTRAS OBSERVACIONES: _____

PROTECCIÓN DE DATOS A los efectos previstos en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos de personales del menor serán incorporados en nuestro fichero de Clientes.

Respecto a los citados datos podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación, en los términos previstos en la indicada Ley Orgánica 15/1999.