



GAME CAMP EXPERIENCE 2019

Colegio Institución La Salle

“La Máquina del Tiempo”

Ficha de inscripción

FOTO

• DATOS ALUMNO:

APELLIDOS: _____ NOMBRE: _____

CURSO Y CLASE: _____ FECHA NACIMIENTO: ___/___/___

Marque con una cruz los servicios que desea contratar:

	Actividad (9:00 a 14:00)	Desayuno (7:30 a 9:00)	Comedor (14:00 a 16:00)
Semana Junio (24 al 28)	<input type="checkbox"/> 80€	<input type="checkbox"/> 20€	<input type="checkbox"/> 35€
1ª Semana Julio (1 al 5)	<input type="checkbox"/> 80€	<input type="checkbox"/> 20€	<input type="checkbox"/> 35€
2ª Semana Julio (8 al 12)	<input type="checkbox"/> 75€	<input type="checkbox"/> 20€	<input type="checkbox"/> 35€
3ª Semana Julio (15 al 19)	<input type="checkbox"/> 70€	<input type="checkbox"/> 20€	<input type="checkbox"/> 35€
4ª Semana Julio (22 al 26)	<input type="checkbox"/> 70€	<input type="checkbox"/> 20€	<input type="checkbox"/> 35€
Final de Julio (29 al 31)	<input type="checkbox"/> 42€	<input type="checkbox"/> 12€	<input type="checkbox"/> 21€
Semana de Septiembre (2 al 6)	<input type="checkbox"/> 75€	<input type="checkbox"/> 20€	<input type="checkbox"/> 35€
Día suelto	<input type="checkbox"/> 18€	<input type="checkbox"/> 5€	<input type="checkbox"/> 8€

Si desea contratar días sueltos, por favor, especifique servicios y fechas en observaciones.

OBSERVACIONES: _____

DATOS FAMILIARES:

NOMBRE MADRE: _____ TELÉFONO MADRE: _____

NOMBRE PADRE: _____ TELÉFONO PADRE: _____

Teléfono 3: _____ Teléfono 4: _____

CORREOS ELECTRÓNICOS: _____ / _____

ESTADO CIVIL ACTUAL: _____ En caso de separación o divorcio ¿quién ostenta la custodia? _____

DATOS BANCARIOS:

TITULAR DE LA CUENTA CARGO: _____ DNI DEL TITULAR: _____

CUENTA BANCARIA PARA DOMICILIACIÓN: _____

• OTRAS PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER AL ALUMNO:

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	TELÉFONO	RELACIÓN CON EL ALUMNO

⇒ CONTINÚA AL DORSO

● **FICHA MÉDICA:**

Por favor, rellénela lo más completa posible

Alergias (Medicamentos, alimentos, elementos ambientales, tejidos, etc...):

¿Necesita algún tipo de tratamiento médico? SI NO ¿Cuál? _____

OBSERVACIONES (Cualquier otro dato que consideres de interés): _____

ADJUNTAR INFORME: Si desea señalar algún otro dato de interés, hágalo en un escrito aparte (confidencial).

Los abajo firmantes D^a _____, con D.N.I _____,
y D. _____, con D.N.I _____, **AUTORIZAN**
a su hijo/a o pupilo a asistir a la actividad arriba indicada, que se desarrollará en las instalaciones del Colegio
Institución La Salle de Madrid. Se **COMPROMETEN** a aceptar las normas de régimen interno de la actividad, y
CERTIFICAN que su hijo/a o pupilo no padece enfermedad física o psíquica que le incapacite para la convivencia en
grupo, o para la realización de las actividades del campamento.

Fecha: _____

Fdo.: el Padre/Tutor _____ Fdo.: la Madre/Tutora _____

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal se informa a los interesados que los datos de carácter personal facilitados serán incluidos en ficheros, de carácter manual e informatizado, de los que es titular Planesport, del grupo Wind y Wärts tecnología y Ocio S.L., y que tienen por finalidad la gestión de las distintas actividades programadas por la empresa. Asimismo, se le informa de la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de acuerdo con lo establecido en los artículos 15 y siguientes de la L.O.P.D. que podrá ejercer dirigiéndose a Avenida Javier Bueno, 1ªA 28905, Getafe (Madrid). Mediante la cumplimentación del presente documento, el firmante otorga su consentimiento para el tratamiento manual e informatizado de sus datos con los fines anteriormente citados así como del uso de los materiales fotográficos en los que aparezcan su hijo/a o pupilo para publicidad de las actividades de la empresa.
Si no desea recibir información publicitaria sobre nuestros servicios y actividades, por favor marque la casilla con una X