

FICHA DE INSCRIPCIÓN  
ENGLISH SUMMER SCHOOL  
GOOD MORNING KIDS

fotografía

**SINALE CUN X A OFERTA SOLICITADA**

- ? Todo o programa (do 3 ao 28 de xullo)
- ? Do 3 ao 14 de xullo
- ? Do 17 ao 28 de xullo

**DATOS DO/A SOLICITANTE**

Apelidos.....  
Nome.....  
Enderezo familiar:.....  
Teléfono fixo..... Móbil.....  
Data de nacemento:..... nº de irmáns:.....  
Lugar que ocupa:..... nenos:..... nenas:.....  
Colexio no que estudia:..... curso:.....  
¿Participaches outros anos nas ofertas de verán do concello de Santiago?.....  
¿Cando?.....  
¿En qué outras ofertas de tempo libre para o verán che interesaría participar? .....

**DATOS DA FAMILIA**

Nome e apelidos do teu pai/titor.....  
Profesión:.....  
Lugar de traballo:..... Teléfono:.....  
Nome e apelidos da túa nai/titora:.....  
Profesión:.....  
Lugar de traballo:..... Teléfono:.....

**DOCUMENTACIÓN A ACHEGAR**

- ? Unha fotografía
- ? Fotocopia da tarxeta da seguridade social ou do seguro médico
- ? Certificado empadronamento\* (é condición imprescindible estar empadronado no Concello de Santiago para participar nestas ofertas, non obstante, se houbera prazas libres poderanse atender outras solicitudes).

\*Este documento será solicitado polo Departamento de Educación e Mocidade directamente no Padrón Municipal polo que non é preciso que os solicitantes o entreguen.

## FICHA MÉDICA

¿Maréaste con frecuencia?.....¿vomitas?.....

Enfermidades : (subliña aquelas máis frecuentes)

- ? *anxinas*
- ? *arrefriados*
- ? *farinxite*
- ? *dor de moas*
- ? *outras:*

¿Padeces a miúdo hemorraxias?.....¿padeces do corazón?.....¿tes convulsións?.....¿és alérxico?  
..... ¿a qué?..... ¿Tomas algún medicamento?.....

Sinale cal é a súa dose .....

¿Tes algún réxime? .....¿cal? .....

Nº tarxeta da seguridade social dos teus pais .....

¿Ten as vacinas correspondentes á túa idade?.....

### **AUTORIZACIÓN FAMILIAR**

Autorizo ao meu fillo/a.....  
a asistir a english summer school .....nas condicións establecidas. Fago extensiva esta  
autorización ás decisións médico-cirúrxicas que fose necesario adoptar en caso de extrema urxencia, baixo a  
dirección facultativa pertinente.

Santiago de Compostela, ..... de..... de 2006.

SINATURA DO PAI/ NA/ TITOR/AI

Nome e apelidos .....

NIF .....

Consonte o disposto na Lei Orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, os seus datos serán tratados de xeito confidencial e poderán ser incorporados aos correspondentes ficheiros do Concello de Santiago de Compostela. En calquer momento poderá exercer os dereitos de acceso, cancelación, rectificación e oposición comunicándoo por escrito no Rexistro Xeral do Concello.