



FICHA PREINSCRICIÓN MAÑÁS DE XOGO

Espazo reservado a cubrir pola Administración

Data de entrega

Hora

PEGA
UNHA
FOTO
AQUÍ

- LSC NEMENZO(aberto ás parroquias de Busto, Nemenzo e Marantes)
- LSC A GRACIA(aberto ás parroquias de A Gracia, Grixoa e Lamasca)

Sinale a quenda na que se anota

- Mes completo
- 1ª Quincena: 1-15 xullo
- 2ª Quincena: 16-31 xullo

O horario xeral do campamento e da 10 a 14h, pode solicitar horario ampliado dende as 9h

DATOS PERSOAIS PARTICIPANTE

Nome e apelidos	DNI
Data de nacemento	Curso
Centro de ensino	
Enderezo	
Correo electrónico <i>opcional</i>	
Anótase algún outro irmán? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> non	Quen?
Pode marchar só/soa? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> non	
Quen o/a vén recoller?	
Nome e apelidos:	DNI:

DATOS PAI/TITOR

Nome e apelidos	DNI:
Enderezo	
Teléfono móbil	Teléfono fixo
Teléfono traballo	Correo electrónico <i>opcional</i>

DATOS NAI/TITORA

Nome e apelidos	DNI:
Enderezo	
Teléfono móbil	Teléfono fixo
Teléfono traballo	Correo electrónico <i>opcional</i>

DATOS DE INTERESE

CUESTIONARIO MÉDICO- SANITARIO:

Alerxias ou intolerancias (Alimentos, medicinas, etc.) si non Cales:

.....

Durante as horas da actividade, ten que seguir algún tipo de tratamento médico?
No caso afirmativo especificar cal e a súa administración.

.....

Leva lentes de contacto, gafas, próteses auditivas, próteses dentais? Precisa dalgún coidado especial?

.....

Outra información que considere de relevancia (discapacidades, hospitalizacións, asma, episodios de ataques epilépticos, trastornos alimenticios, accidentes, etc.)

.....

.....

.....

No caso de urxencia avisar a:

Nome e apelidos

Parentesco co rapaz teléfono

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

Sinatura do Pai, Nai ou Titor/a Legal:

Os datos aquí consignados utilizaranse unicamente para o correcto desenvolvemento das actividades do campamento e non se conservaran para ningún outro fin.

DOCUMENTO DE SABER NADAR:

D/Dna.....

Con DNI.....como pai/nai ou titor/a legal do/a neno/a.....

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE

Que o meu/miña fillo/a SABE NADAR, para os efectos de información oportunos para a participación nas *Mañás de Xogo*. Dita información non é excluinte de ningunha actividade.

Sinatura do pai / nai ou titor/a

Autorización de participación e difusión da imaxe e traballos

Eu,con DNI
como pai/nai/titor/a, autorizo a.....
a participar nas **Mañás de xogo** , proxecto de tempo libre infantil que terá lugar na Rede de Centros e así mesmo autorizo a participar en todas as saídas o programa inclúa, do 1 ao 31 de Xullo de 2015, de luns a venres, organizado pola Concellaría de Centros Socioculturais.

Así mesmo, autorizo que a imaxe persoal do/a neno/a sexa difundida publicamente con fins informativos e pedagóxicos, os seus traballos escritos, debuxos e outros audiovisuais, realizado no desenvolvemento das actividades do campamento.

Santiago de Compostela, de de 2015

Sinatura

[Marque cunha X]

Autorización para comprobación de datos do Padrón municipal

Eu, como pai/nai/titor, autorizo ao Concello de Santiago a comprobación dos datos sobre empadramento vinculados a esta solicitude

PROTECCIÓN DE DATOS Segundo a Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, **informamos** de que os datos anteriores serán incluídos no ficheiro da rede de centros socioculturais con fins informativos, así coma da posibilidade de exercitar os seus **dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición** en calquera momento poñéndoo en coñecemento deste departamento.

Se non quere recibir ningunha información unha vez rematada a actividade marque aquí cun **x**