



Formulario Campus de Semana Santa 2021

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE:

APELLIDOS:

DIRECCIÓN POSTAL:

CIUDAD:

PROVINCIA:

CÓDIGO POSTAL:

MÓVIL:

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA DE NACIMIENTO:

COLEGIO:

INFORMACIÓN SOBRE EL CAMPUS DESEADO

SELECCIONA EL O LOS DIAS QUE DESEAN CONTRATAR EL CAMPUS:

26 marzo

29 marzo

30 marzo

31 marzo

5 abril

SEÑALA EL TIPO DE CAMPUS QUE DESEAS CONTRATAR:

NORMAL:Á

7.00€ FÍ E H A @ DÍA

MADRUGADORES:

7.45€ FÍ E H A @ DÍA

IMPORTANTE:

Los grupos estarán formados por un máximo de 12 niños y se respetarán en todo momento las normativas vigentes para la prevención de la Covid-19, incluyendo las distancias sociales, mascarillas y otros elementos de protección.

Los padres tendrán que firmar una declaración responsable sobre el estado de salud del niño el primer día de Campus.

CONSENTIMIENTO EN LA INSCRIPCIÓN A ACTIVIDADES (FINES COMERCIALES)

NOMBRE Y APELLIDOS PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL:

Autorizo al participante inscrito a asistir al Campus del CDO antes señalado, que se celebrará en los días indicados, y en todas las actividades previstas. Asimismo, autorizo a la dirección del Campus a que, en caso de máxima urgencia y con conocimiento y prescripción médica, tome las decisiones médico quirúrgicas oportunas si ha sido imposible mi localización.

Consiento: SI NO

PROTECCIÓN DE DATOS: De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril (GDPR) y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre (LOPDGDD), consiento que mis datos, incluidos los de salud, sean tratados bajo la responsabilidad de DEPOR 4 SIGLO XXI S.A. para participar en los CAMPUS DEL CDO y para que los conserve durante no más tiempo del necesario para ello. Se solicita el consentimiento expreso para poder tomar algunas imágenes y vídeos, con fines publicitarios y de difusión de las actividades realizadas, por lo que consiento expresamente la publicación de dichas imágenes en los medios de comunicación, propios o externos, que DEPOR 4 SIGLO XXI S.A. considere oportunos.

Consiento: SI NO

Me doy por informado que tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento y a ejercer los de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de mis datos y los de limitación y oposición al tratamiento dirigiéndome a CALLE FELIPE SANCHEZ ROMAN, S/N - 47008 VALLADOLID (Valladolid). Email: info@cdocovaresa.es. También estoy informado de que puedo reclamar ante la autoridad de control a www.aepd.es. Datos de contacto del DPO: PASEO ARCO DE LADRILLO, 88 -2PLANTA - OF. 10 - 47008 -VALLADOLID - dpd@datagesconsulting.com

Firma:

DATOS MÉDICOS (A CUMPLIMENTAR POR EL PADRE, MADRE O TUTOR)

1. ¿Padece alguna afección frecuente? Indicar tipo.
2. ¿Tiene alergia a algo?
3. ¿Sabe nadar?
4. ¿Sufre algún tipo de discapacidad? ¿Cuál?
5. Otras observaciones