

FICHA DE INSCRIPCIÓN NAS ACTIVIDADES DE VERÁN 2020

Nome e apelidos do/a menor

DNI data de nacemento

endereço

teléfonos

Datos do/a pai/nai/ titor/a legal do/a menor

D./D.ª,
con DNI....., en calidade de pai/nai/titor/a de

AUTORIZO:

1. O/A neno/nena arriba indicado/a a que participe nas seguintes actividades de **verán 2020**:

- **Cursos de natación**, do 1 de xullo ao 28 de agosto de 2020.
- **Campamento lúdico-deportivo**, do 1 ao 31 de xullo de 2020.
- **Campamento urbano**, do 1 ao 28 de agosto de 2020.

2.- As seguintes persoas para que o/a entreguen e/ou recollan nas actividades de verán 2020:

Nome e apelidos	DNI	Parentesco

3. O Concello da Baña para que fotografe e grave imaxes e sons durante as actividades de verán 2020 nas que apareza o/a neno/a citado/a, ben individualmente ou estando co grupo SI NON.

As imaxes e os sons poderán difundirse a través de medios de comunicación audiovisual ou xornais ou pasar a formar parte do arquivo do Concello da Baña para utilizalas en campañas de promoción. En todo momento serán respectados os dereitos da infancia.

Os seus datos serán confidenciais e incorporados aos correspondentes ficheiros do Concello, conforme ao disposto na Lei orgánica 3/2018, do 3 de decembro, de protección de datos de carácter persoal. En calquera momento, poderá exercer o dereito de acceso, cancelación, rectificación e oposición comunicándoo mediante un escrito que deberá presentar no Rexistro Xeral do Concello.

DECLARO:

- 1. Que o/a neno/nena arriba indicado/a está empadroad/a no Concello da Baña. SI NON
- 2. Que solicito a praza por conciliación estudos e/ou traballo no municipio. SI NON
- 3. Que estudo e/ou traballo no municipio. SI NON

A Baña, _____ de _____ de 2020

Asdo.:

DOCUMENTACIÓN REQUIRIDA:

- DNI do/a menor ou libro defamilia
- DNI do/a pai/nai/ titor/a legal do/a menor
- Xustificante de pagamento
- Informe médico (de ser caso)

DATOS MÉDICOS

A. Alerxias(especificar o tipo): _____

a.1) antibióticos, medicamentos: _____

a.2) animais ou alimentos: _____

B. Segue algún tipo de medicación ou tratamento médico especial? Especificar

C. Segue algún réxime de comida?(tipo): _____

D. Existe algún alimento que non poida tomar? _____

E. Padece algunha afección frecuente? _____

F. Ten algún medo cara a algo en especial? _____

G. Precisa algún apoio extra? _____

H. Sabe nadar? _____ Cursiños de natación realizados en _____ durante _____

I. Outras observacións que desexa reflectir _____

No caso de que sexa imposible a miña localización, AUTORIZO os responsables da actividade a tomar as decisións médicas que estimen oportunas en beneficio do/a menor.

Asinado (Pai, nai, titor/a legal)