

FICHA DE INSCRICIÓN NAS ESCOLAS DEPORTIVAS 2018-19

Nome e apelidos..... DNI

data de nacemento.....endereço.....

nome do/a pai/nai/titor/a DNI

teléfonos correo electrónico.....

ACTIVIDADES

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Patinaxe | <input type="checkbox"/> Baloncesto |
| <input type="checkbox"/> Tenis de mesa | <input type="checkbox"/> Baile moderno |
| <input type="checkbox"/> Bádminton, tenis e pádel | <input type="checkbox"/> Pilates |
| <input type="checkbox"/> Fútbol sala | <input type="checkbox"/> Aero-Step-Zumba |

AUTORIZACIÓNS (elixa a opción que proceda no desplegable da esquerda)

AUTORÍZOO/A a participar nas Escolas Deportivas no curso 2018-19

AUTORIZO o Concello da Baña para que fotografe e grave imaxes na/s actividade/s Escolas Deportivas na/s que apareza o/a neno/a citado/a, ben individualmente ou estando dasco grupo.

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 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal. En calquera momento, poderá exercitar o dereito a cancelar a dita autorización no rexistro xeral do Concello.

A Baña, de de 20.... Asdo.:.....

DOCUMENTOS QUE SE ACHEGAN

- DNI do/a pai/nai/titor/a
- DNI do/a menor
- Tarxeta sanitaria do/a menor
- Autorización do/a pai/nai/titor/a
- Datos médicos
- Orde de domiciliación de recibo

DATOS MÉDICOS

A. ALERXIAS (Especificar tipo): _____

b.1) Antibióticos, medicamentos: _____

b.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 A CARA ALGO EN ESPECIAL? _____

G. ¿PRECISA ALGÚN APOIO EXTRA? _____

H. ¿SABE NADAR? _____

I. OUTRAS OBSERVACIONES 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)