

FICHA DE INSCRIPCIÓN Y MÉDICA DEL ALUMNO/A



No olviden grapar a esta ficha la fotocopia de la TARJETA SIP* DE SU HIJO/A

DATOS PERSONALES		
Nombre del alumno:		
Colegio:	Fecha de nacimiento:	
Nombre Padre:	Nombre Madre:	
Calle:		C.P.:
Localidad:	Provincia:	
Teléfono 1:	Teléfono 2:	Móvil:

FICHA MÉDICA
Alergias
¿Padece alguna enfermedad de tipo crónico?
¿Sé está medicando? Si es así, indicar el tratamiento en observaciones.
¿Tiene algún problema importante con la comida?
OBSERVACIONES:

AUTORIZACION:

Yo..... Como padre, madre o tutor de

Con DNI: Nº: autorizo a mi hijo/a..... a asistir a la actividad de _____ en _____. Así como, autorizo a los monitores/as y responsables de Actividades Educativas Gamusinos C.B a tomar aquellas decisiones (médicas o de cualquier tipo) que en mi ausencia sean necesarias para el bien de mi hijo/a.

Firmado:

D/Dña.:

(Padre / Madre / Tutor)

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal 15/1999 de 13 de diciembre se le comunica que sus datos están incorporados a un fichero titularidad de Gamusinos C.B., con C.I.F. E-98011919 y cuya finalidad es el tratamiento de los mismos con el fin de llevar a cabo la gestión contable y fiscal de la empresa, así como el mantenerles informados de los productos y servicios que comercializamos y de otros que en un futuro podamos comercializar.

Se le informa también que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y, en su caso, oposición, enviando una solicitud por escrito acompañada de la fotocopia de su DNI a la siguiente dirección: Calle Libertad 14 bajo de Vilamarxant, (46191) Valencia