



# UN VERANO DE PELICULA



Nombre Completo

Domicilio

Teléfono  Fecha de Nacimiento  /  /  DNI

Correo electrónico

## EN CASO DE URGENCIA AVISAR A...

Nombre  Teléfono

Nombre  Teléfono

## FICHA SANITARIA

Seguro al que pertenece  N° seguro

Grupo Sanguíneo

¿Padece actualmente alguna enfermedad? Si  No  ¿Cuál?

¿Está siguiendo tratamiento médico? Si  No  ¿Cuál?

¿Tiene alguna intolerancia alimenticia? Si  No  ¿Cuál?

¿Es alérgico a algún tipo de medicamento? Si  No  ¿Cuál?

Otras alergias Si  No  ¿Cuál?

¿Está vacunado según el calendario de vacunas? Si  No

¿Sabe nadar? Si  No

### ***Observaciones que desee agregar:***


Las intolerancias alimentarias diagnosticadas deben ser comunicadas por escrito junto con esta autorización. Cualquier especificación o tratamiento médico deberán ser adjuntados junto con la ficha sanitaria.

Horario General de 9:00 h a 14:00h  -Horario madrugadores/tardones de 8:00 h a 15:00h

Turno Julio: Mes Completo  1ª Quincena (Del 1 al 15 de julio)  2ª Quincena (Del 16 al 31 de julio)

Turno Agosto: Mes Completo  1ª Quincena (Del 1 al 15 de agosto)  2ª Quincena (Del 16 al 31 de agosto)

\*Fines de semana y festivos no hay actividad

## **Declaración y Autorización**

D. / Dña. \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

como madre/padre/tutor de \_\_\_\_\_

DECLARO:

Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.

AUTORIZO:

Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.

Le informamos de que sus datos personales y los de su representado legalmente van a ser incorporados a un fichero, propiedad de TRIVER SALAMANCA C.B., creado para la finalidad, entre otras, de gestionar y controlar las peculiaridades médicas que el asistente declara, para lo que usted consiente expresamente.

En cualquier momento, podrá ejercitar sus Derechos de Acceso, Cancelación, Oposición y Rectificación, mediante un escrito y acreditando su personalidad dirigido a TRIVER SALAMANCA C.B., C/ Cándido Albarrán Nº 40 Bajo B CP 37006 Salamanca (Salamanca)

Usted consiente expresamente conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, en la cesión de sus datos personales y los de su representado legalmente a TRIVER SALAMANCA C.B. con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad. Declaro ser mayor de edad.

También autorizo a la/el participante a poder realizar actividades a pie de calle, siempre con vigilancia e indicaciones por parte del equipo de monitores.

En caso de que el menor asista solo a la actividad y no venga ningún adulto a recogerlo ¿autorizo a que el menor se vaya solo a casa?  SÍ  NO (Para los mayores de 12 Años)

Del mismo modo,  SÍ  NO AUTORIZO a la empresa TRIVER SALAMANCA C.B. a publicar fotos en las que aparezca el titular de los datos aportados con fines publicitarios para la empresa.

***Personas autorizadas para la recogida del menor:***

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma:

Para realizar el ingreso en cuenta, hay que ingresar la cantidad correspondiente con los datos necesarios y entregar una fotocopia del justificante de pago con los siguientes detalles:

Entidad: **BANCO SABADELL** Beneficiario: **TRIVER SALAMANCA C.B.**

Nº cuenta: **ES5300817830940001830491**

Cantidad: \_\_\_\_\_

Concepto: **U n verano de Película**