INSCRIPCIÓN VERANO 2025

CEIP SON FERRER

PRECIOS 2025

Marcar con una X los servicios a los que desean apuntarse:

HORARIOS		23-30 JUN	1-15 JUL	16-31 JUL	1-14 AGO	18-29 AGO	1-9 SEP
ESC. MATINERA	7:00 - 9:00						
CAMPUS DE VERANO	9:00 - 14:00						
COMEDOR	14:00 - 15:30						
GUARDERÍA TARDE (1)	15:30 - 16:15						
GUARDERÍA TARDE (2)	16:15 - 17:00						
DÍAS SUELTOS*:							
** El "Día suelto" requiere inscripción igual que cualquier otra modalidad, a fin de poder prever los/las monitores/as necesarios/as para cubrir el servicio.*							

DATOS PERSONALES

Apellidos _____ Nombre _____

Lugar de nacimiento _____ Fecha de nacimiento ___/___/____ Edad ____ años

Dirección _____ Población _____ Código Postal _____

Telf. Casa _____ Correo electrónico _____

Nombre y apellidos del padre / Tutor _____ Teléfono _____

Nombre y apellidos de la madre / Tutora _____ Teléfono_____

Escuela _____ Curso _____ Socio AMIPA? SI ☐ NO ☐

DATOS DE SALUD Y OTRAS OBSERVACIONES

¿Padece alguna enfermedad o alergia alimentaria? _____ ¿Cuál?_____

¿Toma algún medicamento? _____ ¿Cuál? _____ ¿Con qué frecuencia*? _____

¿Padece alguna discapacidad? _____ Certificación _____

**Para administrar cualquier medicamento a un participante, durante la Escuela de Verano, se deberá aportar informe médico y autorización expresa de los padres o tutores.*

Otras observaciones, cuidados o precauciones a tener en cuenta**

_____

_____

_____

***Indicar cualquier tipo de trastorno o incidencia física o psíquica, así como cualquier otra circunstancia del participante que pueda afectar al desarrollo de su permanencia. (Incluir informe médico si es necesario).*

AUTORIZACIÓN DE LA MADRE/PADRE O TUTOR/A LEGAL

Yo, _____ con DNI _____ autorizo a mi hijo/a a asistir a la Escuela de Verano 2025 y hago extensiva esta autorización a las decisiones médico-quirúrgicas que sean necesarias adoptar en caso de extrema urgencia, bajo dirección facultativa.

Asimismo, autorizo también a la captación de imágenes y voz [imágenes gráficas (fotografía) y/o audiovisual u otro medio] por parte de cualquier persona autorizada, ya sea ésta empleada de la entidad, profesional externo o familiares y amigos de alumnos dados de alta en la entidad, así como su difusión, reproducción y/o exposición en las instalaciones de la empresa, en la página web, en publicaciones y cualesquiera otras plataformas responsabilidad de las mismas.

Si no desea que los datos se traten en la forma anteriormente dispuesta marque con una [X] la siguiente casilla: □
El consentimiento se entenderá prestado en tanto no comunique por escrito la revocación del mismo.

AUTORIZACIÓN DE SALIDA

Yo, _____ con DNI _____ autorizo a mi hijo/a a salir de las actividades con una persona autorizada por mí.

Nombre de la persona autorizada _____ DNI/NIE _____

Nombre de la persona autorizada _____ DNI/NIE _____

En caso que el/la niño/a pueda salir solo/a ha de quedar reflejado en las observaciones.

Firmado en _____, _____ de _____de 2025.

Firma del padre, madre o tutor/a legal _____

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal, le informamos que los datos personales que nos facilite mediante el presente cuestionario, pasarán a incorporarse a un fichero propiedad de la entidad ESCOLARSPORT S.L.U., el cual está dado de alta ante la Agencia Española de Protección de Datos Personales y adecuado a la normativa vigente.
La finalidad del tratamiento es la gestión de la relación establecida entre el alumno, los familiares del alumno y el centro. En este formulario se recaban datos de diferentes tipos donde se incluyen de salud y cada uno debe informar la legislación vigente en protección de datos.
En igual forma, por medio de la firma del presente documento, presta su consentimiento expreso a todo lo anteriormente indicado y lo que a continuación se procede a detallar:
Prestación de los datos de padre/madre/personas autorizadas para la recogida: La persona que proporciona los datos es responsable de la veracidad, autenticidad y actualidad de los datos.
Al facilitar datos de terceras personas se responsabiliza de haber informado a éstos de que sus datos serán incorporados en este cuestionario para el tratamiento con la finalidad arriba definida y, por lo tanto, se entiende que han consentido.
El consentimiento se entenderá prestado en tanto no comunique por escrito la revocación del mismo.
Los derechos de de acceso, rectificación, cancelación y oposición pueden ejercitarse en la siguiente dirección: ESCOLARSPORT S.L.U. C/ Franch 3A, Son Sardina, 07120, Palma de Mallorca, Illes Balears.

CONDICIONES PARA LA INSCRIPCIÓN

- Hoja de inscripción firmada + LOPD firmada.
- Acreditación socio/a AMIPA del curso vigente.
- Hacer efectivo el pago en el momento de la inscripción.

IMPORTANTE: No se aceptarán devoluciones ni cambios de fechas salvo en casos de fuerza mayor.

Residentes en Calvià / Familias numerosas y/o monoparentales del municipio debidamente acreditadas:

- Solicitud de subvención (**ANEXO II**)
- Alumnos con discapacidad o necesidad de apoyo intensivo (**ANEXO III**)