

FECHAS ESTANCIA / DADES D'ESTADA	Nº/ Nº
---	---------------

**MARCA POR ORDEN DE PREFERENCIA LA ACTIVIDAD QUE TE INTERESA REALIZAR POR LAS TARDES
MARCA PER ORDRE DE PREFERÈNCIA L'ACTIVITAT QUE T'INTERESSA REALITZAR A LES VESPRADES**





(Bicicleta y equipamiento propio)



Para estas actividades Mas del Capellà se reserva el derecho de agrupar a los niños teniendo en cuenta la fecha de inscripción, número niños asistentes, edades y orden de preferencia solicitado / Per a estes activitats, Mas del Capellà es reserva el dret d'agrupar als xiquets tenint en compte la data d'inscripció, nombre de xiquets assistents, edats i ordre de preferencia sol·licitat.

DATOS PERSONALES / DADES PERSONALS

APELLIDO 1/COGNOM 1		APELLIDO 2/COGNOM 2	
NOMBRE/ NOM		FEC. NAC/DATA NAIXEM.	EDAD/ EDAT
DOMICILIO/DOMICILI			
C.P./ CP	POBLACIÓN/POBLACIÓ	TEL./TEL.	
COLEGIO/ COL·LEGI	POBLACIÓN/ POBLACIÓ	CURSO/ CURS	
EMAIL			

FOTO/
FOTO

SECTOR/SECTOR

EQUIPO/ EQUIP

HABIT./HABIT.

DATOS DE INTERÉS / DADES D'INTERÉS

DIRECCIÓN FAMILIAR DURANTE LA ESTANCIA/ ADREÇA FAMILIAR DURANT L'ESTADA		
C.P./C.P.	POBLACIÓN/ POBLACIÓ	TEL. / TEL.
OTROS TELÉFONOS/ALTRES TELÈFONS		
.....	preguntar por/preguntar per
.....	preguntar por/preguntar per
.....	preguntar por/preguntar per
.....	preguntar por/preguntar per

FORMA DE PAGO/ FORMA DE PAGAMENT
Eftvo./Efectiu
Transf./Transf.
Talón nº/ Taló nº.....
Entidad/ Entitat
Obs./Obs.....
Fra/Fra.....

<p>FOTOCOPIA DEL N.I.F. PADRE, MADRE O TUTOR/A FOTOCÒPIA DEL N.I.F. PARE, MARE O TUTOR/A</p>	

D./Dña. _____

con N.I.F. n° _____ como _____, autorizo

a _____ para que asista a

la GRANJA ESCUELA MAS DEL CAPELLÀ y realice las actividades programadas. Igualmente autorizo a la Dirección, en caso de máxima urgencia, a tomar las decisiones médicas necesarias, si ha sido imposible mi localización.

En/Na _____

amb N.I.F. n° _____ com a _____, autoritze a

_____ per a que vaja a la GRANJA

ESCOLA MAS DEL CAPELLÀ i realitze les activitats programades. Així mateix, autoritze a la Direcció, en cas de màxima urgència, a prendre les decisions mèdiques necessàries, si ha estat impossible localitzar-me.

Día/Dia _____ de/de _____ de/ de 20__

Firma/ Signatura

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

A Efectos de lo establecido en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos aportados en este impreso serán incorporados a un fichero, registrado en la Agencia Española de Protección de Datos, del que es titular Mas del Capellà, con la finalidad de desarrollar las actividades programadas por la Granja Escuela, siendo responsable del fichero MAS DEL CAPELLÀ COOP. V., con domicilio en C/ Llanera de Ranes, 30, 46017 Valencia, donde podrá ejercitar dirigiéndose por escrito o correo electrónico los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

AUTORIZACIÓN PARA ENVÍOS VÍA ELECTRÓNICA

De conformidad con la Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico, le solicitamos autorización para remitirle comunicaciones comerciales por vía electrónica con el fin de mantenerle al día sobre las actividades y servicios que realiza Mas del Capellà.

PROTECCIÓ DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL

A l'efecte de l'establert en la Llei 15/1999, de 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal, li informem que les dades aportades en aquest imprès seran incorporats a un fitxer, registrat en l'Agència Espanyola de Protecció de Dades, del que és titular MAS DEL CAPELLÀ, amb la finalitat de desenvolupar les activitats programades per la Granja Escola, sent responsable del fitxer MAS DEL CAPELLÀ COOP. V., amb domicili en C/ Llanera de Ranes, 30, 46017 València, on podrà exercitar dirigint-se per escrit o correu electrònic els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició.

AUTORIZACIÓ PER A ENVIAMENTS VIA ELECTRÒNICA

De conformitat amb la Llei 34/2002, d'11 de juliol, de serveis de la societat de la informació i de comerç electrònic, li sol·licitem autorització per a remetre-li comunicacions comercials per via electrònica amb la finalitat de mantenir-li al dia sobre les activitats i serveis que realitza Mas del Capellà.

No deseo recibir comunicaciones informativas / No desitge rebre comunicacions informatives.

FOTOCOPIA DE LA TARJETA SANITARIA

FOTOCÒPIA DE LA TARGETA SANITÀRIA

<p>OTROS SEGUROS/ ALTRES ASSEGURANCES</p>	<p>COMPañÍA Y Nº DE PÓLIZA/ COMPANYIA I Nº PÒLISSA</p>	<p>TITULAR/ TITULAR</p>
--	--	-------------------------

¿Está bajo tratamiento médico?

Està rebent algun tipus de tractament mèdic?

¿Lleva medicación?

Pren medicació?

Indique medicación, frecuencia y dosis./ *Indique medicació, freqüència i dosi.*

¿Es alérgico?, ¿A qué?/ *Es alèrgic/-a?, A què?*

¿Padece intolerancia con algún alimento? ¿A cuál?/ *Té intolerància a algun aliment? Quin?*

¿Enuresis nocturna? / *Enuresi nocturna?*

¿Ha recibido todas las vacunas correspondientes a su edad?/ *Ha rebut totes les vacunes corresponents a la seua edat?*

Fecha Tétanos (si ha sido vacunado/a recientemente)/ *Data Tètan (si ha estat vacunat recentment)*

INDIQUE CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN QUE CONSIDERE NECESARIA
INDIQUE QUALSEVOL ALTRA INFORMACIÓ QUE CONSIDERE OPORTUNA