



Formulario Campus 9 de OCTUBRE 2020

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE:

APELLIDOS:

DIRECCIÓN POSTAL:

CIUDAD:

PROVINCIA:

CÓDIGO POSTAL:

MÓVIL:

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA DE NACIMIENTO:

COLEGIO:

INFORMACIÓN SOBRE EL CAMPUS DESEADO

SELECCIONA EL TIPO DE CAMPUS QUE DESEA CONTRATAR:

NORMAL:

COMIDA:

MADRUGADORES:

COMPLETO: ~~AMPUÜCÜÁE ÚSÖÜK~~

(10-14.00 HS)

(10-15.30)

(7.45-15.30 hs)

(7.45-15.30)

(15.30-17.00 hs)

IMPORTANTE:

Los grupos estarán formados por un mínimo de 10 niños (mínimo de 5 para la opción Madrugadores). En el caso de no cubrir el mínimo establecido para un grupo con las inscripciones, el CDO se reserva el derecho a no organizar ese Campus, avisando a los padres/tutores con 48 horas de antelación y, en el caso de que no deseen recolocar al niño en una fecha alternativa, se devolverá el importe íntegro de la cuota.

CONSENTIMIENTO EN LA INSCRIPCIÓN A ACTIVIDADES (FINES COMERCIALES)

NOMBRE Y APELLIDOS PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL:

Autorizo al participante inscrito a asistir al Campus del CDO antes señalado, que se celebrará en los días indicados, y en todas las actividades previstas. Asimismo, autorizo a la dirección del Campus a que, en caso de máxima urgencia y con conocimiento y prescripción médica, tome las decisiones médico quirúrgicas oportunas si ha sido imposible mi localización.

Consiento: SI NO

PROTECCIÓN DE DATOS: De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril (GDPR) y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre (LOPDGDD), consiento que mis datos, incluidos los de salud, sean tratados bajo la responsabilidad de DEPOR 4 SIGLO XXI S.A. para participar en los CAMPUS DEL CDO y para que los conserve durante no más tiempo del necesario para ello. Se solicita el consentimiento expreso para poder tomar algunas imágenes y vídeos, con fines publicitarios y de difusión de las actividades realizadas, por lo que consiento expresamente la publicación de dichas imágenes en los medios de comunicación, propios o externos, que DEPOR 4 SIGLO XXI S.A. considere oportunos.

Consiento: SI NO

Me doy por informado que tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento y a ejercer los de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de mis datos y los de limitación y oposición al tratamiento dirigiéndome a CALLE FELIPE SANCHEZ ROMAN, S/N - 47008 VALLADOLID (Valladolid). Email: info@cdocovaresa.es. También estoy informado de que puedo reclamar ante la autoridad de control a www.aepd.es. Datos de contacto del DPO: PASEO ARCO DE LADRILLO, 88 -2PLANTA - OF. 10 - 47008 -VALLADOLID - dpd@datagesconsulting.com

Firma:

DATOS MÉDICOS (A CUMPLIMENTAR POR EL PADRE, MADRE O TUTOR)

1. ¿Padece alguna afección frecuente? Indicar tipo.
2. ¿Tiene alergia a algo?
3. ¿Sabe nadar?
4. ¿Sufre algún tipo de discapacidad? ¿Cuál?
5. Otras observaciones