



## Formulario Campus 9 diciembre CDO COVARESA

---

### 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:

PLUS COMIDA:

PLUS MADRUGADORES:

(9.30-14.00 HS)

(14:00-15.30)

(7.45-15.30 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](mailto:info@cdocovaresa.es). También estoy informado de que puedo reclamar ante la autoridad de control a [www.aepd.es](http://www.aepd.es). Datos de contacto del DPO: PASEO ARCO DE LADRILLO, 88 -2PLANTA - OF. 10 - 47008 -VALLADOLID - [dpd@datagesconsulting.com](mailto: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