



# SEMANA SANTA 2021

## PLANEANDO EL VIAJE

### Ficha de inscripción

FOTO

#### DATOS PARTICIPANTE

APELLIDOS: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

CURSO Y CLASE: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Marque con una cruz los servicios y los días que desea contratar.

	Actividad 9:00 - 14:00	Desayuno 8:00 - 9:00	Comedor 14:00 -16:00
Programa completo	<input type="checkbox"/> 80	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 35
Día suelto 26M – 29M – 30M – 31M – 5A	<input type="checkbox"/> 18€	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8

Marque con una cruz los descuentos de los que se podría beneficiar.

*10% Descuento 1 hermano/a	<input type="checkbox"/>
*20% Descuento 2 o más hermanos/as	<input type="checkbox"/>

\*Los descuentos serán aplicados únicamente en el servicio de la actividad.

#### DATOS FAMILIARES

NOMBRE MADRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO MADRE: \_\_\_\_\_

NOMBRE PADRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO PADRE: \_\_\_\_\_

Teléfono 3: \_\_\_\_\_ Teléfono 4: \_\_\_\_\_

CORREOS ELECTRÓNICOS: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL ACTUAL: \_\_\_\_\_ En caso de separación o divorcio ¿quién ostenta la custodia? \_\_\_\_\_

#### DATOS BANCARIOS

TITULAR DE LA CUENTA CARGO: \_\_\_\_\_ DNI DEL TITULAR: \_\_\_\_\_

CUENTA BANCARIA PARA DOMICILIACIÓN: \_\_\_\_\_

⇒ CONTINÚA AL DORSO

## OTRAS PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER AL ALUMNO:

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	TELÉFONO	RELACIÓN CON EL ALUMNO

## FICHA MÉDICA:

**Por favor, rellénela lo más completa posible**

**Alergias** (Medicamentos, alimentos, elementos ambientales, tejidos, etc...):

\_\_\_\_\_

¿Necesita algún tipo de tratamiento médico? SI  NO  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES** (Cualquier otro dato que consideres de interés): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ADJUNTAR INFORME:** Si desea señalar algún otro dato de interés, hágalo en un escrito aparte (confidencial).

**Los abajo firmantes D<sup>a</sup>** \_\_\_\_\_, **con D.N.I** \_\_\_\_\_, **y**  
**D.** \_\_\_\_\_, **con D.N.I** \_\_\_\_\_, **AUTORIZAN** a su hijo/a o pupilo a asistir a la actividad arriba indicada, que se desarrollará en las instalaciones del Colegio Montpellier de Madrid. Se **COMPROMETEN** a aceptar las normas de régimen interno de la actividad, y **CERTIFICAN** que su hijo/a o pupilo no padece enfermedad física o psíquica que le incapacite para la convivencia en grupo, o para la realización de las actividades del campamento.

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Fdo.: el Padre/Tutor** \_\_\_\_\_ **Fdo.: la Madre/Tutora** \_\_\_\_\_

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal se informa a los interesados que los datos de carácter personal facilitados serán incluidos en ficheros, de carácter manual e informatizado, de los que es titular la FUNDACIÓN EDUCATIVA FRANCISCANAS DE MONTPELLIER, y que tienen por finalidad la gestión de la actividad. Asimismo, se le informa de la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de acuerdo con lo establecido en los artículos 15 y siguientes de la L.O.P.D. que podrá ejercer dirigiéndose a C/ Torrelaguna, 61 1ºE 28027 Madrid. Mediante la cumplimentación del presente documento, el firmante otorga su consentimiento para el tratamiento manual e informatizado de sus datos con los fines anteriormente citados, así como del uso de los materiales audiovisuales en los que aparezcan su hijo/a o pupilo para su inclusión en los distintos soportes (web, Twitter, periódico y circulares).

Para la óptima gestión de la actividad se cederán los datos facilitados a PLANESPORT S.L., responsable de la prestación final de la actividad.

Los abajo firmantes D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con D.N.I \_\_\_\_\_, y D. \_\_\_\_\_, con D.N.I \_\_\_\_\_, ACTUANDO en nombre propio y como padre/madre/tutor del menor \_\_\_\_\_ inscrito como participante en **Al Cole sin Cole**, organizado por **Planesport del grupo Windwärts tecnología y Ocio S.L** que se desarrollará en **MADRID los días 26, 29,30 y 31 de Marzo y el 5 de Abril de 2021.**

#### DECLARAN

- Que han sido informados, conocen y aceptan los términos íntegros del Protocolo Higiénico-Sanitario que ha de llevarse a cabo en dicha actividad proporcionado por la propia organización. Asimismo, son conscientes de los posibles riesgos derivados de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19 y los asumen bajo su responsabilidad.
- Que se comprometen a comunicar a la organización cualquier alteración en el estado de salud del participante con carácter previo a su incorporación y en su caso la causa de la ausencia del participante.
- Que su hijo/a no pertenece a ningún grupo de riesgo de los determinados por las Autoridades Sanitarias.
- Que, conforme al protocolo descrito, en el caso de que el participante fuese diagnosticado como positivo de COVID-19 durante la actividad o en los 10 días siguientes a la terminación de la misma, se comprometen a comunicar al correo electrónico **crisrina@planesport.com** dicha circunstancia, con el fin de que Planesport proceda a realizar las notificaciones oportunas.

Y para que conste, firman en el lugar y fecha arriba indicados

Fdo.: el Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fdo.: la Madre/Tutora \_\_\_\_\_