

# CAMPAMENTOS VERANO 2021

MANDAR FICHA CUMPLIMENTADA A [escueladeverano@cve.edu.es](mailto:escueladeverano@cve.edu.es) O EN ADMINISTRACIÓN

FECHAS:

PROGRAMA:

SUMMER CAMP

SPORTS CAMP

CIENCIA

SERVICIO RUTA O AMPLIACIÓN: (Marcar la opción deseada)

RUTA COMPLETA

MEDIA RUTA

AMPLIACIÓN 16 A 17

## DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE Y APELLIDOS

\_\_\_\_\_

FECHA NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ C. POSTAL \_\_\_\_\_

## DATOS DE LOS PADRES O TUTORES

NOMBRE PADRE \_\_\_\_\_ D.N.I \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

NOMBRE MADRE \_\_\_\_\_ D.N.I \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

## FORMA DE PAGO

Deben abonarse 50 € en el momento de la inscripción como reserva de plaza (no reembolsables en caso de anulación). El importe restante debe abonarse antes del inicio del campamento.

**ALUMNOS CVE** Se pasará domiciliado en la cuenta habitual

**ALUMNOS EXTERNOS** Deben realizar el pago en efectivo en la Administración del Centro o mediante transferencia a la cuenta ES72 0049 1916 11 2210026791

## AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi hij@ para que participe en el Summer Camp/Sports Camp del Colegio Virgen de Europa, incluyendo las actividades y salidas que se van a realizar.

Asimismo, autorizo al personal responsable para que en caso de accidente o enfermedad actúen con mi hijo como mejor proceda.

Quedo enterado y acepto las condiciones generales, económicas y de anulación.

FIRMA DE LA MADRE, PADRE O TUTOR

En Madrid, a ..... de ..... de 2021

En cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales y el Reglamento Europeo de Protección de Datos 2016/679, Ud. autoriza que todos los datos que facilita en este formulario pasen a formar parte del sistema de tratamiento de datos de Colegio Virgen de Europa, que los tratará con la finalidad de coordinar y prestar la actividad extraescolar solicitada. Sus datos serán conservados durante el plazo establecido legalmente. Puede ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, oposición, rectificación, cancelación o supresión, revocación del consentimiento, portabilidad y limitación del tratamiento de los datos, dirigiéndose a Colegio Virgen de Europa S.L., C/ Valle de Sta. Ana, nº 1, Boadilla del Monte, Madrid, C.P. 28669.

## FICHA MÉDICA

Nombre:

Número de seguridad social:

**(Adjuntar fotocopia de tarjeta sanitaria)**

**ENFERMEDADES:**

**¿Toma alguna medicación?:**

**Indique cuál y dosis:**

**REACCIONES ALÉRGICAS, ALIMENTICIAS, A MEDICAMENTOS, A INSECTOS U OTRAS**

**Especificar con claridad a cuál de ellas.**

**Tratamiento habitual en caso de reacción**

## OTRA INFORMACIÓN DEL ALUMNO

**¿SABE NADAR? SI REGULAR NO**

**OBSERVACIONES (Datos que nos ayuden a conocer mejor al alumno:  
aficiones, timidez, miedos...)**

**FIRMA DE LA MADRE, PADRE O TUTOR**

En Madrid, a ..... de ..... de 2021