**LITTLE CAMP**

|  |
| --- |
| **Datos familia** |
| **Tutor 1 (nombre y apellidos)** |  | **DNI/ NIE** |  |
| **Tutor 2 (nombre y apellidos)** |  | **DNI/ NIE** |  |
| **DATOS FACTURACIÓN****Correo electrónico:** |  |
| **Población:** |  | **País:** |  |
| **Dirección:** **Calle/ núm. / puerta** |  | **Código postal:** |  |
| **Teléfonos en caso de tener que contactar con familiares de los participantes en caso de necesidad, en orden de prioridad** |
| **Orden** | **Nombre** | **Relación con el alumno** | **Teléfono** | **Observaciones** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos participante 1** |  |  |  |  |
| **Nombre y apellidos:** |  |
| **Fecha Nacimiento:** |  | **Curso realizado en período 23/24:** |  |  |  |  |  |
| **Escuela actual período 23/24** |  | **Está matriculado en SEIS el curso 23/24** | **SÍ□ NO□** |  |  |  |  |
| **ACTIVIDADES (marquen con una cruz las semanas deseadas)** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | LUNES 25/03 | MARTES 26/03 | MIÉRCOLES 27/03 | JUEVES 28/03 |
| ACOGIDA (7.45-8.55H) |  |  |  |  |
| MAÑANA (9-13H) |  |  |  |  |
| COMIDA + TARDE (13-15H or 17.00H) |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Información médica** |
| **¿Sufre alguna enfermedad crónica? ¿Puede repercutir en su actividad diaria?** |  |
| **¿Tiene que tomar algún tipo de medicación? Horarios y dosis del medicamento (con receta médica)** |  |
| **¿Intolerante a algún alimento? ¿Cual?****¿Alguna recomendación dietética a la hora de comer?** |  |
| **Otras cuestiones a tener en cuenta, en especial alergias.** |  |
| **Otras informaciones** |  |

|  |
| --- |
| **Autorizaciones** |
| **Autorizo a que mi hijo/a participe en juegos de agua y/o se bañe en las piscinas que la organización dispone en la escuela.** | **SÍ□ NO□** |
| **Autorizo a que mi hijo/a realice desplazamientos en coche propio de la escuela si las necesidades del niño/a o médico así lo requirieran.** | **SÍ□ NO□** |
| **Autorizo a que los datos y los protocolos de mi tutelado estén accesibles.** | **SÍ□ NO□** |
| **Autorizo las decisiones médicas que fueran necesarias adoptar en caso de extrema urgencia bajo la pertinente dirección facultativa.** | **SÍ□ NO□** |
| **Autorizo a SEIS, SOCRATES EDUCA INTERNATIONAL SCHOOL, a utilizar el material gráfico (fotos, vídeos...) derivado de las actividades en las que participa mi tutelado/a durante los DIFERENTES PROGRAMAS EIC SUMMER 2020.** | **SÍ□ NO□** |

Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre y apellidos tutor/a) con DNI núm. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cómo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (relación con el/la participante) autorizo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre y apellidos participante) a asistir a las actividades organizadas por la SOCRATES EDUCA INTERNATIONAL SCHOOL en los programas SEIS SPRING PROGRAMMES que se desarrollan durante el mes de marzo de 2024 y certifico con mi firma la autenticidad de todos los datos que aparecen en este documento, haciendo extensiva esta autorización general a las específicas también detalladles en el mismo: desplazamientos de urgencia, médicas, imagen y protección de datos.En virtud de la normativa de Protección de Datos de Carácter Personal, por la presente autoriza a que los datos personales facilitados sean incorporados en un fichero responsabilidad de la Socrates Educa International School, que está formada por las empresas FUNDACIÓ ESCOLA INTERNACIONAL DEL CAMP (G-43731256) y ACTIUS IMMOBILIARIS FUNDACIÓ ESCOLA INTERNACIONAL DEL CAMP S.L.U. (B55543383) que son corresponsables en el tratamiento.La finalidad de este tratamiento es la de gestionar estas actividades. Estos datos no serán transmitidos a terceras personas y serán conservados hasta la finalización de la prestación de servicios y finalización de la actividad. En cualquier caso, podrá indicar la revocación del consentimiento dado, así como ejercitar los derechos de acceso, rectificación o supresión, la limitación del tratamiento u oponer-se, así como el derecho a la portabilidad de los datos. Estas peticiones deberán realizarse en Salvador Espriu s/n, 43840 Salou (Tarragona). Se informa que también puede presentar una reclamación, si así lo considera, ante la Agencia Española de Protección de Datos o ponerse en contacto con el Delegado de Protección de datos en Salvador Espriu s/n, 43840 Salou (Tarragona).

En Salou, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2024

 Firma tutor/a

**Por favor, rellenen el formulario con los datos del participante y envíenlo FIRMADO a** **extraprogrammes@socrateseduca.org** **/ extracurricular@socrateseduca.org**

**Si el participante no está matriculado en Socrates Educa International School, por favor adjunten la siguiente documentación:**

1. Fotocopia DNI Padre/Madre o Tutor/a autorizante

2. Fotocopia DNI participante

3. Fotocopia de la tarjeta sanitaria

**MÉTODO DE PAGO**

En el caso de ser alumnos de la escuela, el importe se domiciliará al número de cuenta que ya tenemos.

Si los inscritos son de fuera del centro, por favor, indíquenos el NÚMERO DE CUENTA al cual quieren que les domiciliemos el importe de las actividades contratadas:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_