

Dades família

Tutor 1 (nom i cognoms)		DNI/ NIE / PASSAPORT		
Tutor 2 (nom i cognoms)		DNI/ NIE / PASSAPORT		
DADES FACTURACIÓ				
Correu electrònic:				
Població:		País:		
Adreça: Carrer/ núm. / porta		Codi postal:		
Telèfons per contactar amb familiars dels participants en cas de necessitat, en ordre de prioritat				
Ordre	Nom	Relació amb alumne	Telèfon	Observacions
1				
2				
3				

Dades participant

Nom:		Cognoms:		
Data Naixement:		Curs realitzat en període 23/24:		
Escola actual període 23/24		Està matriculat a SEIS el curs 24/25	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Si us plau, marquin les SETMANES i FRANGES HORÀRIES escollides:

	W1	W2	W3	W4	W5	W6	W7	W8	W9	W10
	(25-28/06)	(1-5/07)	(8-12/07)	(15-19/07)	(22-26/07)	(29/07-2/08)	(5-9/08)	(12-16/08)	(19-23/08)	(26-30/08)
ACOLLIDA matí (7.45-8.55H)										
MATÍ (9-12.30H)										
DINAR (12.30-15H)										
TARDA (15-16.30H)										
ACOLLIDA tarda (16.30-17.30H)										

Informació mèdica

Pateix alguna malaltia crònica? Pot repercutir en la seva activitat quotidiana?	
Ha de prendre cap tipus de medicació?	

Horaris i dosi del medicament (adjuntar RECEPTA MÈDICA)	
DIETES ESPECIALS (gluten, lactosa, halal, vegetariana...)	
AL·LÈRGIES I/O INTOLERÀNCIES ALIMENTÀRIES	
Altres informacions relacionades amb necessitats concretes del participant:	

Autoritzacions	
Autoritzo al meu fill/a a realitzar jocs d'aigua i/o banyar-se a les piscines que l'organització disposa a l'escola.	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Autoritzo a que el meu fill/a realitzi desplaçaments amb cotxe propi de l'escola si ho requerissin les necessitats del nen/a, metge...	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Autoritzo a que les dades i els protocols del meu tutelat estiguin accessibles.	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Autoritzo les decisions mèdiques que fossin necessàries adoptar en cas d'extrema urgència sota la pertinent direcció facultativa.	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Autoritzo a SOCRATES EDUCA INTERNATIONAL SCHOOL a utilitzar el material gràfic (fotos, vídeos...) derivat de les activitats en les que participa el meu tutelat/da durant els SUMMER PROGRAMMES 2024.	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

En/Na _____ (nom i cognoms tutor/a) amb DNI núm. _____ com a _____ (relació amb el/la participant) autoritzo a _____ (nom participant) a assistir a les activitats organitzades per SOCRATES EDUCA INTERNATIONAL SCHOOL en els SUMMER PROGRAMMES que es desenvolupen els mesos de juny, juliol i agost de 2024 i certifico amb la meua signatura l'autenticitat de totes les dades que apareixen en aquest document, fent extensiva aquesta autorització general a les específiques detallades més endavant (desplaçaments, mèdiques, imatge i protecció de dades).

En virtut de la normativa de Protecció de Dades de Caràcter Personal, per la present autoritza a que les dades personals facilitades seran tractades sota la responsabilitat de l'Escola Internacional del Camp, que està formada per les empreses FUNDACIÓ ESCOLA INTERNACIONAL DEL CAMP (G-43731256) y ACTIUS IMMOBILIARIS FUNDACIÓ ESCOLA INTERNACIONAL DEL CAMP S.L.U. (B55543383) que son responsables en el tractament.

La finalitat d'aquest tractament és la de gestionar els serveis que se li presten, sent aquesta la base legitimadora per aquest tractament. Aquestes dades no seran transmises a terceres persones excepte a les autoritats competents i seran conservades fins la finalització de la prestació de serveis i les responsabilitats que se'n puguin derivar. En qualsevol cas, podrà indicar la revocació del consentiment donat, així com exercitar els drets d'accés, rectificació o supressió, la limitació del tractament o oposar-se, així com el dret a la portabilitat de les dades.

Aquestes peticions s'hauran de realitzar a Salvador Espriu s/n, 43840 Salou (Tarragona) o lopd@escolainternacional.org.

S'informa també que pot presentar una reclamació, si així ho considera, a l'Agència Espanyola de Protecció de Dades o posar-se en contacte amb el Delegat de Protecció de dades a Salvador Espriu s/n, 43840 Salou (Tarragona) o lopd@escolainternacional.org.

A Salou, _____ de _____ del 2024

Signatura tutor/a

A Salou, _____ de _____ del 2024

Signatura tutor/a

Si us plau, ompliu el formulari amb les dades del participant i envieu-lo SIGNAT en persona o a extraprogrammes@socrateseduca.org

Si us plau adjuntin també la següent documentació:

1. Fotocòpia DNI dels dos progenitors / tutors
2. Fotocòpia DNI participant (major de 14 anys)
3. Fotocòpia de la targeta sanitària del participant
4. Fotocòpia del llibre de família
5. Fotocòpia del llibre de vacunes del participant

MÈTODE DE PAGAMENT

Pagament per avançat mitjançant targeta de crèdit o transferència bancària CAIXABANK: ES77 2100 9046 9402 0010 1813.

La inscripció no serà vàlida fins que s'efectuï el pagament.

POLÍTICA DE CANCEL·LACIÓ

Únicament per un motiu de força major justificat.

A Salou, _____ de _____ del 2024

Signatura tutor/a

A Salou, _____ de _____ del 2024

Signatura tutor/a