

**DATOS PERSONALES POR FAVOR, RELLENAR EN MAYÚSCULAS**

NOMBRE COMPLETO				SEXO <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
FECHA NACIMIENTO			EMAIL (TUTORES)	
DIRECCIÓN				
CÓDIGO POSTAL			LOCALIDAD	
PROVINCIA			TELÉFONO MÓVIL	
CENTRO ESCOLAR			CURSO (presente)	
TALLA DE CAMISETA	<input type="checkbox"/> 3-4 años	<input type="checkbox"/> 5-6 años	<input type="checkbox"/> 7-8 años	<input type="checkbox"/> 9-11 años

**FECHAS | TIPO DE JORNADA | TRANSPORTE | MADRUGADORES**

<input type="checkbox"/> Primera quincena (del 2 al 13 de julio)	<input type="checkbox"/> Segunda quincena (del 16 al 27 de julio)	<input type="checkbox"/> Mes completo		
<input type="checkbox"/> Semana suelta del _____ al _____ de julio	<input type="checkbox"/> Días sueltos _ , _ , _ , _ , _ de julio			
TIPO DE JORNADA	<input type="checkbox"/> JORNADA COMPLETA (de 9:30 a 16:30)	<input type="checkbox"/> MEDIA JORNADA (de 9:30 a 13:30)		
TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> SÍ - SOLO IDA	<input type="checkbox"/> SÍ - SOLO REGRESO	<input type="checkbox"/> SÍ - IDA Y VUELTA	<input type="checkbox"/> NO PRECISA TRANSPORTE
MADRUGADORES	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	El servicio de madrugadores comienza a las 8:00 h. No se sirve desayuno	

**DATOS MÉDICOS | SALUD**

Si no tienen espacio suficiente en alguno de los apartados, por favor utilicen la parte de atrás de esta ficha o adjunten aquellos documentos que puedan resultar de interés para una mejor atención al participante. Todos los datos serán tratados con la máxima confidencialidad.

SI PRECISA TOMAR ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN, POR FAVOR COMPLETE EL SIGUIENTE CUADRO			
¿Qué medicación?	¿Cuándo la toma?	¿Cómo la toma?	¿Es sólo por si acaso?
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene alguna alergia o intolerancia a algún alimento o medicamento?			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene alguna dieta especial?			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Otras observaciones			

**RESERVA DE PLAZA Y PAGO DE ACTIVIDAD**

RESERVA DE PLAZA (50€)	<input type="checkbox"/> ENTREGA EN METÁLICO	<input type="checkbox"/> GIRO BANCARIO	<input type="checkbox"/> INGRESO EN CUENTA
PAGO DEL PROGRAMA	<input type="checkbox"/> ENTREGA EN METÁLICO	<input type="checkbox"/> GIRO BANCARIO	<input type="checkbox"/> INGRESO EN CUENTA
TITULAR DE LA CUENTA			
IBAN	_____		

Si por causas ajenas a nuestra voluntad o por razones meteorológicas alguna actividad no se pudiera realizar, la Organización se reserva el derecho de sustituirla por otra de igual interés. SyG Educación, S.L. pide consentimiento a los tutores legales del menor participante en Play English! para tomarle imágenes durante las actividades, y en su caso, publicarlas en el blog de la actividad, redes sociales, revistas, folletos o cualquier otro soporte que SyG Educación utilice con la finalidad de difundir las actividades que realiza. El carácter de la cesión de los derechos de imagen y voz es indefinido y sin restricciones de ámbito territorial  SÍ AUTORIZO  NO AUTORIZO De conformidad con lo establecido en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que todos los datos facilitados serán incorporados a un fichero cuya titularidad corresponde a SyG Educación, S. L. Los datos recogidos se utilizarán para la atención adecuada de los alumnos participantes en la actividad inscrita. Podrá ejercer su derecho de ARCO al tratamiento de sus datos personales, en los términos y condiciones previstos en la normativa vigente, mediante comunicación escrita a SyG Educación, Calle Uría, 1 3º Izq. 33003 Oviedo (Asturias)

Autorizo a mi hija/o para que participe en todas las actividades del programa. Asimismo, autorizo al personal afecto a la instalación a que en caso de accidente o enfermedad de mi hija/o, actúen como mejor proceda. En caso de seguir un tratamiento médico o dieta, estos han de ser facilitados siguiendo las instrucciones de la prescripción adjunta. No se facilitarán medicaciones que no hayan indicado en la presente ficha de inscripción, o en su caso autorización posterior, salvo por prescripción facultativa (en caso de enfermedad y/o accidente)

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

NOMBRE Y DNI DEL PADRE / MADRE / TUTOR