



# ESCUELA TEMÁTICA DIVERMATES FICHA DE DATOS PERSONALES 2018

### DATOS DEL NIÑO

Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ ¿Sabe nadar? \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Población \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE LEGAL

Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Número D.N.I. \_\_\_\_\_  
 Centro de Trabajo \_\_\_\_\_  
 Teléfonos: Particular/Móvil \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono para urgencias \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Datos de la persona que va a recoger al menor \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_

### DATOS MÉDICOS DEL NIÑO/A

¿Usará medicación durante la Escuela: \_\_\_\_ En caso afirmativo, especifique medicación y posología: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún tipo de alergia? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 Tipo de Seguro al que pertenece (Seguridad Social, Asisa, Muface...) \_\_\_\_\_

### ¿VA A UTILIZAR SERVICIO DE COMEDOR?

Especifique frecuencia de dicho uso (diario, un día a la semana, etc.): \_\_\_\_\_  
 Enfermedades o alergias alimenticias a tener en cuenta \_\_\_\_\_

### OBSERVACIONES

Autorizo a mi hijo/a para que participe en las actividades de la Escuela Temática de Divermates de en:

- |                          |                               |                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Del 2 al 6 de julio de 2018   | <input type="checkbox"/> | Del 9 al 13 de julio de 2018  |
| <input type="checkbox"/> | Del 16 al 20 de julio de 2018 | <input type="checkbox"/> | Del 23 al 31 de julio de 2018 |

Autorizo a que se tome fotografías y videos a mi hijo/a para un uso exclusivo de la actividad.

Autorizo a que se tomen fotografías	
Autorizo a que se grabe en vídeo	

Autorizo a que, en caso de urgencia por accidente, la organización traslade a mi hijo/a al centro de asistencia más próximo.

**PEGAR O GRAPAR COPIA DE LA  
TARJETA SANITARIA**

Madrid, de de 2018

Firma del padre/madre o tutor

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de Abril de 2016 de Protección de Datos de Carácter Personal, les informamos, que sus datos personales serán incluidos en un fichero denominado "Clientes" titularidad de Divermates Matemática S.L. Dicha entidad es responsable y único destinatario del tratamiento de sus datos personales. Usted consiente que los datos que nos ha proporcionado sean tratados por Divermates Matemática S.L. para la gestión de los servicios solicitados o contratados por usted a nuestra empresa, así como para el mantenimiento de un histórico de relaciones comerciales. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad, limitación y/u oposición al tratamiento comunicándolo en el e-mail a la dirección info@divermates.es.