



ESCUELA TEMÁTICA COLORES

FICHA DE DATOS PERSONALES 2018

DATOS DEL NIÑO/A

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____
 Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
 Fecha de nacimiento _____
 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 _____ 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 |

Al inscribir a mi hijo/a en Vacaciones de colores o Vacaciones de cine y debido a la naturaleza de dichas actividades, soy consciente de que autorizo a que se tome fotografías y videos a mi hijo/a para un uso exclusivo de la actividad, así como para usos de investigación o docencia dentro del MuPAI y del Dpto. de Escultura y Formación Artística de la UCM.

Si

Autorizo a que mi hijo/a vuelva sólo a casa (sólo para Vacaciones de cine)

Si No

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 de la ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos; le informamos que como consecuencia del registro de sus datos de carácter personal, acepta que dichos datos por Ud. facilitados o que se faciliten en un futuro serán objeto de tratamiento en un fichero de carácter individual. Los ficheros creados serán titularidad y responsabilidad de ADAI. Usted podrá ejercitar en todo momento derecho de rectificación, cancelación y oposición en los términos recogidos en la legislación de protección de datos, remitiendo por vía postal, a la razón social de ADAI (Calle Pintor el Greco, 2. 28040. Madrid).carta especificando el tipo de actuación solicitada así como fotocopia del DNI a efectos de que pueda ser identificado fehacientemente.