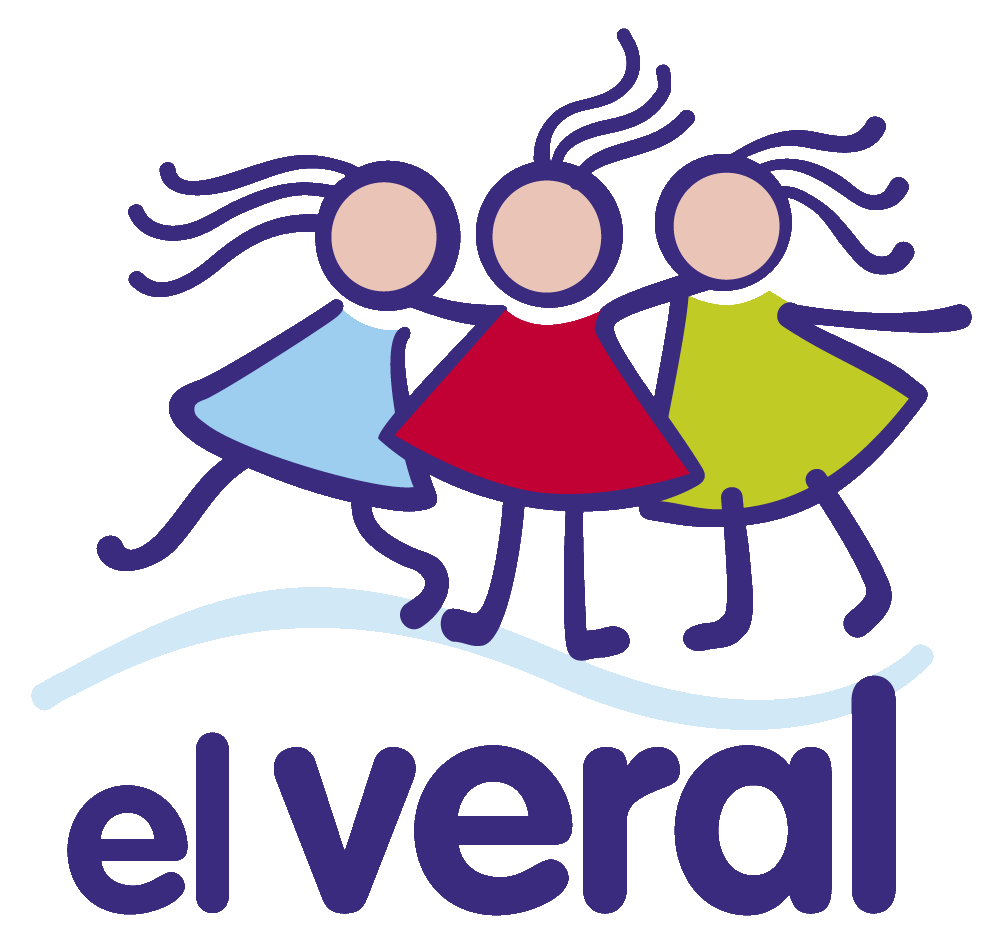
****

**FICHA DE INSCRIPCIÓN VERANO 2016:**

**INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA INSCRIPCIÓN:**

Entregar en la sede de El Veral : C/ Paseo Sagasta 45, ppal izquierda, 50007 Zaragoza o enviar por correo electrónico a: elveralonline@gmail.com

1) Ficha de inscripción debidamente cumplimentada con fotografía.

2) Fotocopia de la Tarjeta de la Seguridad Social o seguro particular.

3) Justificante de Pago. Las formas de pago podrán ser:

Transferencia bancaria a la cuenta: ES64 2085-0144-24-0330030308

(Concepto: ECOCHEF\_Nombre de la niña)

Se adjunta documento sobre la ley de protección de datos para que firmen los padres de las participantes señalando la aceptación de las cláusulas.

Nombre y Apellidos

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

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Colegio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio (calle, nº…) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ciudad, Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS MÉDICOS:**

¿Sigue algún tipo de medicación o tratamiento específico?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Detalle tipo y frecuencia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergias o intolerancias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail de contacto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono y persona de contacto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizo a mi hija a asistir a la actividad de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fechas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma padre/madre/tutor (nombre y apellidos) DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entrevista realizada por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Acepta las condiciones especificadas al dorso

Información sobre el tratamiento de datos personales:

Los datos personales facilitados, van a formar parte de ficheros responsabilidad de la Asociación El Veral y serán utilizados para la tramitación de la preinscripción y gestión de la actividad solicitada.

Autorizo (marcando las casillas) al tratamiento de mis datos personales para los fines descritos en el párrafo anterior. No obstante, en cualquier momento puedes ejercer tus derechos de revocación del consentimiento dirigiendo escrito a **Asociación El Veral Pº Sagasta, 45 Principal, 50008 Zaragoza. T.976 274 839.**

[ ] Tratamiento de información referente a salud, situación social y todos aquellos datos necesarios, relacionados con las diferentes actividades.

[ ] Transmisión de imágenes fotográficas y/o digitales para publicitar las actividades y servicios prestados para web corporativa, memorias, folletos, revista y/o tablones de anuncios, medios de comunicación, redes sociales y cualquier otro medio electrónico.

[ ] Envío de información sobre los servicios que presta Asociación El Veral por medios electrónicos (email, SMS, WhatsApp, formulario de contacto de la página web etc.).

[ ] Transmisión de datos relativos al usuario a las entidades gestoras de las actividades organizadas por la Asociación.

[ ] Transmisión de datos relativos al usuario, a familiares y a las siguientes personas para garantizar la seguridad y bienestar en las actividades.

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

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

Los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición), podrán ser ejercidos mediante escrito dirigido a **Asociación El Veral Pº Sagasta, 45 Principal, 50008 Zaragoza. T.976 274 839.**

Nombre y apellidos:

Firma: Firma Padre / Madre / Tutor Legal