



# Autorización Campamentos de Verano

Yo D. \_\_\_\_\_

con DNI \_\_\_\_\_ y padre/madre/tutor de \_\_\_\_\_

nacido/a el \_\_\_\_\_

, de \_\_\_\_\_

nacido/a el \_\_\_\_\_

y de \_\_\_\_\_

nacido/a el \_\_\_\_\_

Datos de las personas que recogerán al niño/a \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos/DNI/Teléfono/Parentesco \_\_\_\_\_

AUTORIZO a que mi hijo asista al campamento

Primeras aventuras, 1 Julio a 12 Julio

Multiaventura, 1 Julio a 12 Julio

Divercampamentos, 15 Julio a 26 Julio

Multiaventura, 15 Julio a 26 Agosto

Primeras aventuras, 29 Julio a 9 Agosto

Multiaventura, 29 Julio a 9 Agosto

Divercampamentos, 12 Agosto a 23 Agosto

Multiaventura, 12 Agosto a 23 Agosto

AUTORIZO que mi hijo participe en todas las actividades que se realizan en el campamento siendo consciente de los peligros que ello conlleva.

AUTORIZO que se puedan sacar fotos o se grave en video las actividades del campamento donde participa mi hijo y la utilización para fines publicitarios de la empresa.

AUTORIZO que mi hijo tome un tentempié en el campamento (solo en el Divercampamento y Primeras Aventuras).

CERTIFICO que mi hijo sabe nadar (OBLIGATORIO en Campamento de Multiaventura).

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal, que regula el derecho de información de la recogida de datos, Ud. consiente la inclusión de sus datos de carácter personal en un fichero, del que es propietario ROQ SPORT, cuya finalidad es gestionar la agenda de contactos de nuestra empresa, y poder contactar con Ud. para informarle de la información solicitada mediante el envío de comunicaciones profesionales por cualquier medio electrónico o no. ROQ SPORT. le informa del derecho de acceso, cancelación, rectificación y oposición dirigiéndose a ROQ SPORT, calle Alonso Pérez 41 3ªA, 27850 Viveiro (Lugo), teléfono 646 514 602 / 606 863 119

Adjuntar fotocopia de la Tarjeta Sanitaria y DNI, y/o en su defecto fotocopia del Libro de Familia en donde aparezcan los datos del niño que realizará la actividad

ENFERMEDADES: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

ALERGIAS A ALIMENTOS: \_\_\_\_\_

SABE NADAR: \_\_\_\_\_

TELÉFONOS DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

CANTIDAD ABONADA \_\_\_\_\_

SERVICIO MADRUGADORES: SI  NO

TALLA CAMISETA \_\_\_\_\_

Y para que conste firmo el presente documento.

En Viveiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ Firma del Padre/Madre/Tutor

En caso de necesitar FACTURA, rellene estos campos:

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DNI/CIF: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_