



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

<input type="radio"/> Pequeaventuras, 30 Junio a 11 Julio	<input type="radio"/> Multiaventura, 30 Junio a 11 Julio
<input type="radio"/> Pequeaventuras, 14 Julio a 25 Julio	<input type="radio"/> Multiaventura, 14 Julio a 25 Julio
<input type="radio"/> Pequeaventuras, 28 Julio a 08 Agosto	<input type="radio"/> Multiaventura, 28 Julio a 08 Agosto
<input type="radio"/> Pequeaventuras, 11 Agosto a 22 Agosto	<input type="radio"/> Multiaventura, 11 Agosto a 22 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.

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

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 3/2018, del 05 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 AVENTURA S.L., 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 AVENTURA SL le informa del derecho de acceso, cancelación y rectificación y oposición dirigiéndose a ROQ AVENTURA SL, c/ Estacada, nº 3, Viveiro (Lugo), teléfono 646 514 602 / 606 863 119.

Datos del niño/niña que realizará las actividades:

ENFERMEDADES: _____

ALERGIAS: _____

ALERGIAS A ALIMENTOS: _____

SABE NADAR: _____

TELÉFONOS DE CONTACTO: _____

OBSERVACIONES: _____

CANTIDAD ABONADA _____

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: _____