

Datos personales

Nombre y apellidos D.N.I.....
Domicilio C.P.....
Fecha de Nacimiento / / Localidad..... Provincia.....
Teléfono/s de contacto.....
Otro contacto..... Teléfono.....
E-mail

Actividades y Horarios

TIEMPO LIBRE EDUCATIVO

(Tardes de los sábados)

- Saltimbanquis (3º Inf. - 2º Primaria)
- Andaina (3º - 6º Primaria)
- A.D.S. (1º - 2º E.S.O.)
- Catecumenado (a partir de 3º E.S.O.)

APOYO ESCOLAR

(Tardes de Lunes a Jueves)

- Cometa (3º - 6º Primaria)
- D.B.A. (1º - 4º E.S.O.)

TALLERES

(Tardes de Lunes a Viernes)

Especificar cuál o cuáles y horario:

- _____
- _____

ESCUELA DE MÚSICA

(Tardes de Lunes a Viernes)

- Música y Movimiento (3º Inf. - 2º Primaria)
- Lenguaje Musical (a partir de 3º Primaria)
- Instrumento: _____

El tratamiento de los datos personales requeridos en esta ficha se ajustará a lo dispuesto en la *Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal*. El Centro Juvenil Don Bosco informa de la existencia de un fichero automatizado creado con los datos solicitados para desarrollar las finalidades de la Asociación Juvenil. Igualmente, informa del uso de imágenes de las actividades que realiza con niños/as, jóvenes en folletos publicitarios, páginas web, difusión de proyectos, memorias de actividades, etc. El firmante de la ficha acepta la inclusión y el uso de estos datos e imágenes dentro de las finalidades previstas. Igualmente, podrá ejercitar los derechos reconocidos en la citada Ley y, en particular, los derechos de acceso, rectificación o cancelación de datos mediante solicitud escrita y firmada dirigida a: Centro Juvenil Don Bosco, calle San Juan Bosco, 11. 24009. León

Datos Médicos

¿Tiene algún problema físico? Sí No

¿Cuál? _____

¿Tiene alergia a alimentos? Sí No

¿Cuál? _____

¿Tiene alergia a medicamentos? Sí No

¿Cuál? _____

¿Tiene algún otro tipo de alergia? Sí No

¿Cuál? _____

¿Tiene asma? Sí No

¿Sabe nadar? Sí No

¿Está en tratamiento médico? Si No

Razón: _____

Posología: _____

Observaciones: _____

No deje ningún hueco sin cubrir. Recuerde que los datos contenidos en esta ficha deben ser verdaderos y precisos. Puede aportar cualquier documento a la ficha que considere oportuno y que sirva para una mejor comprensión de la misma. La persona que cubre la ficha tiene que firmarla obligatoriamente.

Fecha: ____ / ____ / 20__

Firma padre/madre/tutor:

El firmante de la ficha acepta la inclusión y la cesión de los datos contenidos en esta ficha médica, que serán de uso exclusivo de los responsables del chico o chica durante los días en los que este/esta permanezca a su cargo, para poder tratarlo mejor y ajustarse a cualquier situación. En caso de negarse, dejando en blanco la ficha médica y asumiendo por tanto cualquier tipo de responsabilidad derivada de esta acción, marque la siguiente casilla: