



HOJA DE INSCRIPCIÓN SURFCAMP KIDS DIURNO 2020

DATOS PERSONALES

Nombre: _____ Apellidos: _____
Fecha nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ DNI: _____
Email: _____ Tel. hijo: _____ Tel. móvil: _____
Dirección: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

AUTORIZACIÓN MENORES DE EDAD

INFORMACIÓN SOBRE EL ADULTO RESPONSABLE DEL MENOR:

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Dirección: _____

Tel: _____

Tel. de emergencia: _____

Especifique la información sobre el menor que se solicita a continuación, que será confidencial y solo para ser utilizada durante el surfcamp en el que participe:

- Alergias: No Sí : _____
- Condiciones que necesitan consideraciones especiales (médicas o físicas): _____
- ¿Necesita el alumno...? (A) **Inhalador:** Sí No
(B) **Medicamentos:** Sí No
(Tipo de medicamento y horas de administración): _____

Acepto que los organizadores del surfcamp no son responsables de accidentes o daños producidos a los participantes durante o a raíz de su participación en el surfcamp.

Autorizo No autorizo a realizar cualquier reportaje fotográfico o audiovisual, comprendiendo la cesión de derechos de imagen que aquí se autoriza, los derechos de comunicación pública, reproducción y distribución en cualquier medio de comunicación, por cualquier sistema o formato y publicidad (folletos, carteles, etc.). Asimismo, se autoriza la cesión o transmisión a terceros en las mismas condiciones. La presente transmisión de derechos se realiza a título gratuito sin que genere, en ningún caso, derechos o compensación económica alguna para quien suscribe. El representante legal reconoce por otra parte que el menor no está vinculado a ningún contrato exclusivo sobre la utilización de su imagen o nombre.

Nombre del contacto secundario _____

Relación con el alumno: _____

Número de teléfono: _____

A CUALQUIER MÉDICO U HOSPITAL: Por la presente, autorizo la concesión de la información médica correspondiente de mi hijo al personal profesional adecuado. Concedo permiso al médico u hospital para, en caso de una emergencia, administrar su tratamiento y solicitar medicamentos, inyecciones, anestesia o cirugía para mi hijo, cuyo nombre se indica anteriormente. La firma siguiente constituye la autorización para realizar cualquier tratamiento necesario para mi hijo durante esta excursión.

FECHAS Y OPCIÓN ESCOGIDAS*:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Del 22/06 al 26/06/2020 | <input type="checkbox"/> Del 06/07 al 10/07/2020 | <input type="checkbox"/> Del 03/08 al 07/08/2020 |
| <input type="checkbox"/> Del 29/06 al 03/07/2020 | <input type="checkbox"/> Del 13/07 al 17/07/2020 | <input type="checkbox"/> Del 10/08 al 14/08/2020 |
| | <input type="checkbox"/> Del 20/07 al 24/07/2020 | <input type="checkbox"/> Del 17/08 al 21/08/2020 |
| | <input type="checkbox"/> Del 27/07 al 31/07/2020 | <input type="checkbox"/> Del 24/08 al 28/08/2020 |
- Opción A (Media jornada) 155€ Opción B (Media jornada con comida) 195€ Opción C (Jornada completa) 270€

Ingresa en cc del Banco Santander a nombre de Escuela de Surf La Curva, S.L. BIC BSCHEM33

ES43 0049 2382 2524 1543 5262 indicando nombre participante y fecha Surfcamp.

Enviar copia del resguardo junto con DNI y tarjeta sanitaria del menor a: info@escueladesurflacurva.com

*Opcional: recogida en embarcadero de Somo SÍ NO

Nombre del padre o tutor: _____

Fecha: _____

Firma del padre o tutor: _____