

“LA MAGIA”

Yo, D./Dña....., con DNI....., con domicilio en..... autorizo a mi hijo/a a participar en la actividad organizada por el AMPA del CEIPS Loyola de Palacio y SECOE y tengo el total conocimiento de las actividades que se van a realizar.

ENTREGAR ESTA HOJA DE INSCRIPCIÓN, EN EL COMEDOR DE 9 A 16H Del 1 DE DICIEMBRE AL 5 DE DICIEMBRE.

El listado de admitidos será publicado en el corcho y página web del AMPA **el día 10 DE DICIEMBRE.**

DOMICILIACIÓN BANCARIA

SEPA: mediante la firma de esta orden de domiciliación, el titular de la cuenta autoriza a SECOE S.L a enviar instrucciones a la entidad del titular para adeudar en cuenta y a la entidad para efectuarlos adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de SECOE S.L Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado a ser reembolsado por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud del reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener más información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

TITULAR DE LA CUENTA:

DNI:

IBAN 24 DIGITOS CC:

...../...../...../.....

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	
SEMANA 1 <i>Marcar con una X los días seleccionados</i>	22 Dic.	23 Dic.	24 Dic.	25 Dic. <i>Festivo</i>	26 Dic.	<i>Mínimo: 10 niños inscritos</i>
SEMANA 2 <i>Marcar con una X los días seleccionados</i>	29 Dic.	30 Dic.	31 Dic.	1 Enero <i>Festivo</i>	2 Enero	<i>Mínimo: 10 niños inscritos</i>
SEMANA 3 <i>Marcar con una X los días seleccionados</i>	5 Enero	6 Enero <i>Festivo</i>	7 Enero			<i>Mínimo: 10 niños inscritos</i>

DATOS DEL ALUMNO:

Apellidos:	Nombre:
Colegio:	Curso:
Fecha de nacimiento:	Edad:
Dirección:	
Localidad:	CP:
Tfno. Casa:	
Nombre padre y teléfono móvil:	
Nombre madre y teléfono móvil:	
Correo electrónico:	
Tiene seguro médico: SI NO CUAL:	
ALERGIAS o TRATAMIENTOS MÉDICOS: SI NO - Tipo:	
OBSERVACIONES:	

AUTORIZACIONES

RECOGIDA DE LOS ALUMNOS Firma del padre, madre o tutor _____

Nombre de las personas autorizadas a recoger al alumno:

D./Dña.:DNI nº.....

D./Dña.:DNI nº.....

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: los datos recogidos en este documento se incorporan al fichero de datos de comensales/inscripciones, que incluye los datos necesarios para la facturación de los servicios de alimentación y cuidado de los niños. Tendrán acceso a los datos incluidos en este fichero los profesionales de la empresa, las entidades bancarias a través de las que se realicen los pagos y las administraciones públicas relacionadas. Los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación podrán ejercitarse solicitándolo por escrito a: SECOE S.L C/ Playa de Benicasim, 9, Urb. Valdecabañas – Boadilla del Monte (28660 Madrid).

“LA MAGIA”

FICHA MÉDICA DEL ALUMNO:

ENFERMEDADES PADECIDAS O PROPENSION A ELLAS

¿HA SIDO INTERVENIDO EN ALGUNA OCASIÓN?
¿DE QUÉ?

GRUPO SANGUÍNEO:

REACCIONES ALÉRGICAS O MEDICAMENTOSAS (rodear si las hay)

Antibióticos	Sulfamidas	Picaduras De Insectos	Plantas
Polvo	Alimentos	Otras (especificar):	

ESPECIFICAR CON CLARIDAD A QUÉ:

TRATAMIENTO EN CASO DE REACCIÓN:

MEDICACION

¿TOMA ALGUNA MEDICACION?

¿PARA QUÉ?

¿QUÉ MEDICACION?

¿CUAL ES LA DOSIFICACION?

VACUNACIONES Y REVACUNACIONES

¿TIENE PUESTAS TODAS LAS VACUNAS? (sólo si se conoce con absoluta seguridad)

¿HA SIDO TRATADO ALGUNA VEZ CON SUERO ANTITETÁNICO?
¿CUÁNDO? (fecha exacta si se conoce):

OBSERVACIONES

“LA MAGIA”

CRONOGRAMA GENERAL

8:00	Horario de Entrada.
9:00	
9:15	Asamblea del día
11:00	Juegos de distensión y activación.
11:00	
11:30	Tentempié
11:30	
13:00	Dinámicas grupales
13:00	
14:30	Comida y tiempo libre
14:30	
16:00	Talleres temáticos y juegos.
16:00	
16:00	Salida

- NO SE ENTREGARÁ AL PARTICIPANTE A NINGUNA PERSONA QUE NO ESTÉ AUTORIZADA.
- ES IMPRESCINDIBLE LA PRESENTACIÓN DEL D.N.I O DOCUMENTO DE IDENTIDAD PARA RECOGER A LOS PARTICIPANTES.
- SE ADJUDICARÁN LAS PLAZAS POR RIGUROSO ORDEN DE INGRESO E INSCRIPCIÓN.
- NO SE DEVOLVERÁ EL IMPORTE POR CAUSAS AJENAS A LA ORGANIZACIÓN.

**NO OLVIDE RELLENAR LA FICHA MÉDICA.
DEBERÁ TAMBIÉN FACILITAR A LA COORDINADORA DEL CAMPAMENTO UNA
COPIA DEL INFORME MÉDICO EN CASO DE TENER ALERGIA Ó INTOLERANCIA**