Ajuntament de Potries

CCV potries
Capital Cultural Valenciana

PTRIES
Activitats Ajuntament de Potries

Carrer Boamit,28 46721 POTRIES
Tel.:96 280 05 88 Fax: 96 280 11 62
www.potries.org / info@potries.org
C.I.F.: P4620000B

Elimina la filigrana digital ahora

FULL D'INSCRIPCIÓ PER A LES ACTIVITATS SOCIOCULTURALS ORGANITZADES PER L'AJUNTAMENT DE POTRIES

ACTIVITAT: ESCOLA D'ESTIU 2018 DATES: 2 DE JULIOL 17 D'AGOST

DADES PERSONALS DEL/LA PARTICIPANT

NOM I COGNOMS DEL XIQUET/XIQUETA: *en cas de germans anotar tots els noms en aquesta casella
DATA DE NAIXEMENT: / / **EDAT:** **CURS:**
NOM I COGNOMS DE LA MARE/PARE/TUTOR:
DNI:
ADREÇA:
POBLACIÓ: **CP:**
TELÈFONS DE CONTACTE: *dels pares/mares/tutors, no tornar a posar baix

iskysoft

Així mateix autoritza a l'organització a prendre les decisions que calga, en el cas d`arreplegar al xiquet/a o d'urgència, a comunicar-se tant prompte com siga possible amb els telèfons (indicar el nom i parentiu amb el menor):

Nom i cognoms:	DNI:
Parentiu:	TLF:
Nom i cognoms:	DNI:
Parentiu:	TLF:
Nom i cognoms:	DNI:
Parentiu:	TLF:

CAL ADJUNTAR:

***Fotocòpia del SIP , sinó ha estat adjuntat anteriorment**

***Rebut del pagament.**

Per a realitzar el pagament de 100€ es pot realitzar a l'ajuntament amb targeta bancària o amb un ingrés al compte corrent ES84 0081 3146 0600 0110 5914 **INDICAR EL NOM I COGNOMS DEL PARTICIPANT**

Ajuntament de Potries

CCV potries Capital Cultural Valenciana

PTRIES Activitats Ajuntament de Potries

Carrer Boamit,28 46721 POTRIES
Tel.:96 280 05 88 Fax: 96 280 11 62
www.potries.org / info@potries.org
C.I.F.: P4620000B

Elimina la filigrana digital ahora

ANNEX I: AUTORITZACIÓ PER A MENORS

L'autoritza a participar en l'activitat **ESCOLA D'ESTIU 2018** organitzada per l'ajuntament de Potries. Així mateix, declara davall la meua responsabilitat que no pateix cap malaltia, al·lèrgia, intolerància alimentària o malaltia contagiosa o impediment físic o mental que es desaconsella la pràctica de les activitats desenvolupades a **ESCOLA D'ESTIU 2018** i em compromet a informar a l'organització qualsevol malaltia, al·lèrgia, intolerància alimentària o malaltia contagiosa o impediment físic o mental que puga patir el/la participant durant el transcurs de l'activitat.

Indicar (si és el cas) si pateix alguna malaltia, al·lèrgia, intolerància alimentària o malaltia contagiosa o impediment físic o mental:_____

ANNEX II: AUTORITZACIÓ DRETS D'IMATGE

Autoritza que en el cas de fer-se alguna fotografia en el transcurs de les activitats per a que s'inscriu, puga aparèixer en la pàgina web i les xarxes socials de l'Ajuntament o altres arxius recordatoris de l'Ajuntament.

Les dades per vostè facilitades seran incloses en un fitxer titularitat de l'Ajuntament de Potries, la finalitat de la qual és la gestió administrativa de les inscripcions i organització de les activitats socioculturals, d'oci i temps lliure municipals. Així mateix, informem que les dades no seran cedides a tercers, llevat que siguen comunicades a les persones o entitats, a les quals haja contractat l'Ajuntament per l'organització de l'activitat, o en qualsevol supòsit emparat per la llei vigent. D'acord amb el que disposa la L.O. 15/1999, de Protecció de dades de caràcter personal, vostè pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i, si és el cas, oposició. Bé enviant una sol·licitud per escrit, acompanyada d'una fotocòpia del seu DNI, dirigida a l'Ajuntament de Potries-Activitats Culturals, c/ Bohamid, 26, c.p. 46721 Potries (València), o bé, per mitjà de l'entrega personal de la sol·licitud davant de l'Ajuntament amb l'exhibició del DNI original.

ANNEX III: AUTORITZACIÓ D'EIXIDES MUNICIPALS

L'autoritza a participar en les eixides municipals de l'activitat descrita en aquest document organitzades per l'Ajuntament de Potries.

iSkysoft

Desprès d'haver llegit els documents, marcar amb una X l'opció desitjada:

*Autorització per a menors. Tractament de dades. Atenció mèdica del menor. Annex I

___ Sí autoritze___ No autoritze

*Autorització drets d'imatge. Annex II

___ Sí autoritze

___ No autoritze

*Autorització eixides. Annex III

___ Sí autoritze

___ No autoritze

SIGNATURA DEL PARE/MARE/TUTOR LEGAL

NOM I COGNOMS:_____

DNI:_____

POTRIES, a _____ de _____ de 201__