



HOJA DE INSCRIPCIÓN SURFCAMP KIDS DIURNO 2024

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*:

- Del 24/06 al 28/06/2024 Del 22/06 al 26/07/2024
 Del 01/07 al 05/07/2024 Del 29/07 al 02/08/2024
 Del 08/07 al 12/07/2024
 Del 15/07 al 19/07/2024
 Opción A (Media jornada) Opción B (Media jornada con comida) Opción C (Jornada completa)
182€ 216€ 286€

Ingresar importe en CC del Banco Santander a nombre de Escuela de Surf La Curva, S.L. BIC BSCHESMM 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 Pedreña Sí NO

Nombre del padre o tutor: _____

Fecha: _____

Firma del padre o tutor: _____