

MODALIDAD A	
26,27,28,29,2,3,4,5	
9.00 A 16.00	
8.00 a 9.00	
16.00 a 17.00	

MODALIDAD B			
26, 27, 28, 29		2, 3, 4, 5	
9.00 A 16.00		9.00 A 16.00	
8.00 a 9.00		8.00 a 9.00	
16.00 a 17.00		16.00 a 17.00	

DATOS PERSONALES	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO:	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
DOMICILIO:	
CÓDIGO POSTAL:	PROVINCIA:
COLEGIO:	
NOMBRE DEL PROGENITOR 1:	DNI:
NOMBRE DEL PROGENITOR 2:	DNI:
TELÉFONO FAMILIAR:	TELÉFONO MOVIL:
TELÉFONO TRABAJO:	CORREO ELECTRÓNICO:

AUTORIZACIÓN
Autorizo a mi hijo a participar en la actividad de "Días sin cole en el cole" organizada por la AMPA Padre Poveda y Grupo Aula Joven, tengo total conocimiento de las actividades que van a realizar. Asimismo he facilitado todos los datos médicos necesarios requeridos sobre mi hijo y autorizo al personal responsable de Grupo Aula Joven para que en caso de accidente o enfermedad actúen como mejor proceda. Firma del padre, madre o tutor En _____, a _____ De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal informamos de que los datos facilitados serán incluidos en un fichero automatizado y confidencial de GRUPO AULA JOVEN SL y la AMPA PADRE POVEDA, con la finalidad de desarrollar adecuadamente el programa de actividades. Cualquier persona tiene la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto a los datos que suministra, dirigiéndose por escrito o personalmente al Departamento de Calidad de Grupo Aula Joven s.l, en la dirección de correo electrónico aulajoven@aulajoven.com o por correo postal a la dirección c/Eugenio Salazar, 53 Local, 28002 Madrid o en la oficina de la AMPA Padre Poveda, en Avda. Alfonso XIII, 23. 28002 Madrid. Autorización imágenes: que por Grupo Aula Joven y la AMPA PADRE POVEDA se ha propuesto la captación de la imagen del menor para su difusión en la página web, blog, publicidad corporativa, videos y otros medios de comunicación. Que dado el carácter divulgativo y el interés cultural de los citados medios de comunicación la ausencia de menoscabo en la honra o reputación del menor por la citada actividad; que la misma no es contraria a los intereses de mi hijo/a conformidad con lo establecido en el artículo 3.1 de la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, y 162.1º del Código civil, OTORGO EXPRESAMENTE el consentimiento para la obtención y difusión de la imagen de mi hijo/a y conozco la obligación de poner en conocimiento de los Órganos Públicos competentes en esta materia el consentimiento proyectado.



NOMBRE Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:	Peso:
--------------------------------------	-------

ENFERMEDADES
ENFERMEDADES PADECIDAS O PROPENSIÓN A ELLAS:
¿HA SIDO INTERVENIDO EN ALGUNA OCASIÓN? ¿DE QUÉ?

ALERGIAS E INTOLERANCIAS
ESPECIFICAR CON CLARIDAD A QUÉ TIENE ALERGIA:
TRATAMIENTO EN CASO DE REACCIÓN:

TRATAMIENTOS
¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN? ¿CUÁL?
¿PARA QUÉ?
¿CUÁL ES LA DOSIFICACIÓN?

VACUNACIONES
¿TIENE PUESTAS TODAS LAS VACUNAS DEL CALENDARIO OFICIAL DE VACUNACIÓN? (sólo si se conoce con absoluta seguridad)

OBSERVACIONES
INDIQUE TODO AQUELLO QUE CREA CONVENIENTE DEBAMOS CONOCER

ES IMPRESCINDIBLE ADJUNTAR FOTOCOPIA DE INFORME MÉDICO EN CASO DE ENFERMEDAD, ALERGIA O TRATAMIENTO