



FOLLA DE INSCRICIÓN ESCOLAS DEPORTIVAS MUNICIPAIS INFANTÍS
CURSO 2018-2019

DATOS DO ALUMN@

Nome e apelidos:		
DNI:	Data de Nacemento:	Idade:
Domicilio:		
Municipio:	C.P.	
Correo electrónico:		
Teléfonos:		

Marcar cunha "X"

PATINAXE PERFECCIONAMENTO(3 a 12 anos) Luns 15:15 / 16.30	<input type="checkbox"/>	Comedor:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Non
PATINAXE INICIACIÓN(3 a 12 anos) Xoves de 15:15 a 16:30	<input type="checkbox"/>	Comedor:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Non
DEPORTES DE RAQUETA (5 a 16 anos) Martes 15:30 a 16:30.	<input type="checkbox"/>	Comedor:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Non
TIRO CON ARCO (8 a 16 anos) Venres de 15:30 a 17:00 horas.	<input type="checkbox"/>	Comedor:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Non

Documentación a entregar:

Fotocopia da tarxeta sanitaria (Só para novos alumnos/as)
Fotocopia do DNI do alumno/a (Só para novos alumnos/as)
Folla de inscrición debidamente cuberta

AUTORIZACIÓN

Nome e apelidos da nai/pai ou titor/a legal _____

DNI _____

AUTORIZACIÓN SÓ PARA OS/AS ALUMNOS/AS DE TIRO CON ARCO

Don/Dona _____ como pai/nai titor/a de _____
con DNI _____ autoriza ao profesor de tiro con arco a recoller aos nenos/as do comedor (15:30 horas) e trasladalos ao pavillón municipal (Esta autorización é necesaria firmala, xa que ao non ser unha actividade extraescolar, os/as mestres/as non están no centro. Os/as alumnos/as dispoñerán dun seguro por parte do Concello para a realización da actividade).

1. A persoa abaixo asinante declara que todos os datos aportados son certos.
2. Este Concello resérvase o dereito a efectuar modificacións en horarios, profesorado, etc.
3. O alumno/a, e no seu caso titor/a fai constar que non padece enfermidade que lle incapacite para a práctica deportiva, habéndose realizado o oportuno recoñecemento médico. Recoméndase a aquelas persoas que padezan algunha enfermidade, minusvalía ou outros datos de relevancia que poidan incidir na práctica de actividade física, acheguen un informe clínico.

<input type="checkbox"/> SÍ	Autorizo a captación e reprodución de imaxes durante a miña participación nas actividades nas que estou inscrito, así coma a inclusión das imaxes nas redes sociais e WEB do Concello de Moeche, carteis, trípticos e demais material utilizados para publicar ou difundir as actividades municipais.
<input type="checkbox"/> NON	

En Moeche a _____ de _____ de 201____ Asinado _____

Protección de datos

De acordo co establecido pola normativa vixente en materia de protección de datos, informámoslle de que o responsable do tratamento dos seus datos persoais é o Concello de Moeche, con dirección consolacion.couce@moeche.gal.

1. FINALIDADE DO TRATAMENTO: Os datos serán utilizados para facerlle participe da actividade descrita na presente solicitude, así como a xestión administrativa derivada da mesma.
O feito de que non facilite parte da información solicitada poderá supoñer a imposibilidade de prestarlle o servizo que quere contratar co Concello de Moeche.
PRAZO DE CONSERVACIÓN: Os datos facilitados conservaranse ata que non se solicite a supresión dos mesmos e durante o tempo necesario para dar cumprimento das obrigacións administrativas.
2. LEXITIMACIÓN. Este tratamento dos datos persoais está lexitimado polo consentimento que nos outorga ca sinatura da presente circular.
3. DESTINATARIOS DAS CESIÓNS. O Concello de Moeche cederá os seus datos á empresa contratada para desenvolver a actividade, coa única intención de prestar o servizo para o que se contratou.
4. DEREITOS: Ten vostede dereito a acceder, rectificar ou suprimir os datos erróneos, solicitar a limitación do tratamento dos seus datos así como opoñerse ou retirar o consentimento en calquera momento e solicitar a portabilidade dos mesmos.

O Concello de Moeche dispón de formularios específicos para facilitarlle o exercicio dos seus dereitos. Pode presentar a súa propia solicitude ou solicitar os nosos formularios, sempre acompañado do seu DNI para comprobar a identidade