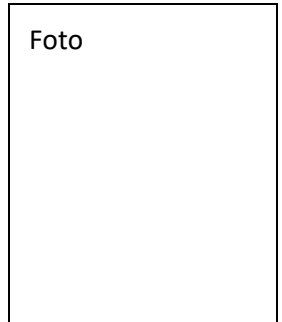


FICHA DE INSCRIPCIÓN

DATOS DEL ALUMNO/A

Apellidos:
Nombre:
Fecha de nacimiento:
Domicilio:
Ciudad: Cod. Postal:
Teléfono Fijo: Telf. Móvil:
Nº DNI: (Adjuntar fotocopia)
En caso de urgencia, contactar con:
Ciudad/Provincia:
Nivel educativo que cursa actualmente:



DATOS FAMILIARES

Nombre y Apellidos del Padre:
Telf: D.N.I.:
Nombre y Apellidos de la Madre:
Telf: D.N.I.:
e-mail: (Se utilizará para el envío de información)

OTROS DATOS DE INTERÉS

.....
.....
.....
.....

Nº. Seg. Social o Cia. de Asistencia Sanitaria:.....

Se inscribe por primera vez: Sí No

En caso negativo indicar nº de ropa adjudicado en cursos anteriores:

Fecha de inscripción:

En a de de 2023

Enviar la ficha de inscripción a: Curso Villacarriedo Working in English - Colegio Calasanz
Avda. de los Escolapios, 45 - 39640 - Villacarriedo

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD VILLACARRIEDO SUMMER SCHOOL

Participante....., con DNI:

Los abajo firmantes, como participante y padres o custodios de un participante en un curso de verano organizado y dirigido por las Escuelas Pías Provincia Betania, en nombre nuestro y de nuestros sucesores o representantes legítimos, renunciamos a cualquier reclamación contra las Escuelas Pías Provincia Betania, sus profesores, monitores y/o acompañantes, que pudiera originarse por heridas, daños, enfermedad, accidente, retraso, irregularidades o gastos surgidos por causa de huelgas, condiciones atmosféricas, restricciones o regulaciones gubernamentales, o que se deriven de actos de omisión de compañías aéreas, navieras, ferrocarriles, autobuses, transporte en general, hoteles, restaurantes, o cualquier causa relacionada con las anteriores.

Concedemos a los responsables del curso, las Escuelas Pías Provincia Betania y sus profesores y monitores, el que a su discreción y, si fuera necesario, a costo del participante o de sus padres o custodios legales, en caso de que los gastos excedieran la cobertura de la póliza de seguro que protegerá a cada participante, puedan internar a éste en un hospital, en cualquier sitio para cualquier asistencia o tratamiento médico o que, si no hubiera hospital cercano, lo pongan bajo el cuidado de un médico local para tratamiento.

Concedemos igualmente a las Escuelas Pías Provincia Betania y a sus profesores y monitores, todos los permisos necesarios para actuar como responsables ante la ley e "in loco parentis" en cualquier situación, especialmente, en emergencias, ya sean de carácter médico u otras, incluyendo la posibilidad de permitir operaciones quirúrgicas o cualquier otro tratamiento. También se autoriza al Colegio Calasanz y a sus profesores, para que envíen a éste a su destino de origen a su costo o al de sus padres o custodios legales, para someterse a tratamiento médico, si esto fuera considerado necesario por las partes mencionadas, tras consulta con autoridades médicas.

Certificamos que en el momento de firmar este documento el participante goza de perfecta salud física, que su certificado de salud que aparece abajo o que ha entregado es verdadero, y que puede participar en cualquier actividad física y deportiva. También damos poder a las Escuelas Pías Provincia Betania y a sus profesores y monitores para representarnos en cualquier caso ante las autoridades locales.

Entendemos que el participante está sujeto a la autoridad del profesorado y monitores de las Escuelas Pías Provincia Betania y que deberá seguir las normas que se establezcan. Las Escuelas Pías Provincia Betania y sus profesores y monitores se reservan el derecho de dar por terminada la participación en el curso de todo individuo cuya conducta así lo exija, por considerarse detrimental o incompatible con el espíritu, interés o seguridad del curso. Si esta decisión fuera tomada, el participante y sus padres o custodios legales no tendrán derecho a reembolso alguno, y deberán abonar la diferencia de coste que se produzca si el participante no vuelve a su localidad de origen en el vuelo y compañía o medio de transporte programados desde el comienzo del viaje.

Aceptamos que las Escuelas Pías Provincia Betania se reserve el derecho, directa o indirectamente, de cancelar, cambiar o sustituir en emergencias o cuando unas dadas circunstancias lo requieran y en cualquier momento antes o una vez comenzado el curso, aquellas partes del mismo que se considere necesario alterar o incluso cancelar el viaje en su totalidad.

Concedemos a las Escuelas Pías Provincia Betania permiso para usar en el futuro todos aquellos materiales fotográficos o de cualquier otro tipo en los que apareciere el participante para promoción o divulgación de este u otros viajes.

Estamos informados y aceptamos en su totalidad las normas del curso. En caso de no cumplirlas aceptamos que las Escuelas Pías no admitan la participación de este candidato o hermanos/as del mismo en cursos sucesivos.

CERTIFICADO DE SALUD

Por favor, marque con una cruz lo siguiente según convenga. El participante

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tiene | <input type="checkbox"/> No tiene | Problemas físicos o de salud que requieren atención médica |
| <input type="checkbox"/> Ha | <input type="checkbox"/> No ha | Estado bajo tratamiento psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Sufre | <input type="checkbox"/> No sufre | Algún tipo de alergia |
| <input type="checkbox"/> Necesita | <input type="checkbox"/> No necesita | Medicación especial |
| <input type="checkbox"/> Necesita | <input type="checkbox"/> No necesita | Dieta especial |

Si algo de lo anterior fue contestado afirmativamente, aporte detalles e informe médico.

Firma del padre: Firma de la madre: Firma del participante:

Pongo a su disposición los siguientes números de teléfono, por si fuera necesario localizarnos

Nombre del padre y de la madre.....

Teléfono de contacto:

Los padres del alumno/a conocen y consienten que los datos personales reseñados serán incorporados y tratados en un fichero de datos del que es responsable Escuelas Pías Provincia Betania y que tiene por objeto la adecuada organización, y/o prestación y/o difusión de las actividades académicas y, en su caso complementarias y extraescolares en la que participen los alumnos, así como de los servicios del Centro Educativo. Los datos personales, incluidos los de carácter reservado, necesarios para el sistema educativo serán facilitados a la Consejería de Educación de Cantabria cuando la misma lo requiera, cumpliendo las condiciones que determine el Gobierno, de conformidad con la D.A.23ª de la LOMLOE. De no hacer manifestación en sentido contrario, los que suscriben el presente documento consienten que los datos relativos a nombre, apellidos, domicilio, teléfonos y correo electrónico, se faciliten a las Asociaciones vinculadas a este Centro. Los que suscriben el presente documento garantizan la veracidad de los datos personales facilitados y se comprometen a comunicar cualquier actualización de los mismos. De conformidad con la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de Diciembre, de Protección de datos personales y Garantía de los derechos digitales, los titulares de los datos tienen reconocido y podrán ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, cancelación y rectificación mediante escrito dirigido a la cita institución (Gatzambide, 65 – 28015 Madrid). Los que suscriben el presente documento, en su calidad de representantes legales del menor escolarizado en el Centro, autorizan al Centro para que obtenga y utilice imágenes y el nombre del menor, relacionadas con la actividad del Centro, en las publicaciones de todo tipo que realice el Centro, ya sean impresas o en formato digital (agenda escolar, orla, exposiciones, revista, página Web, etc). Asimismo autorizan que dichas imágenes sean obtenidas y difundidas por los medios de comunicación siempre que dicha difusión no comporte una intromisión ilegítima en la intimidad, honra o reputación del menor o sea contraria a sus intereses, todo ello en los términos establecidos en el artículo 4 número 3 de la Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor.

