



LEARNING IN WORTHING 2017

FOTO

NAME:

DATOS PARTICIPANTE

- Domicilio:
- Localidad:
- C.P:
- Tel. móvil participante:
- email participante:
- Nombre padre o tutor:
- Móvil:
- email padre:
- Nombre madre o tutora:
- Móvil:
- email madre

DATOS MÉDICOS

Alergias a medicamentos: SÍ / NO

Otras alergias: SÍ / NO

***Incluir informe médico si fuera necesario**

AUTORIZACIÓN

D / ña _____ con DNI _____
padre, madre o tutor con la custodia del niño/a o joven, durante la actividad elegida, autorizo a mi hijo/a a participar en la actividad arriba indicada y declaro que conozco y acepto las condiciones generales que Enjoy Ebre S.L. me ha facilitado (incluir las condiciones anexas a esta ficha), así mismo declaro que el niño/a no padece enfermedad infectocontagiosa, ni ninguna limitación que le impida participar en el programa (en caso afirmativo es imprescindible presentar informe médico). Autorizo expresamente a Enjoy Ebre S.L. a utilizar fotografías, videos o cualquier otro medio de reproducción en las que aparezca la persona cuyos datos aparecen recogidos en la presente ficha, mediante la inclusión de su imagen en la página web de la agencia, folletos u otros soportes de promoción, además de como medio de publicidad.
ENJOY EBRE S.L., domiciliada en Ricard Cirera,, 1, bajos, 43500 le informa que los datos personales que nos proporcione el participante o padres o tutores en su caso, se incorporarán a un fichero automatizado propiedad de Enjoy Ebre tanto para la contratación de las actividades solicitadas, como para la remisión de información comercial y promocional prestando su consentimiento explícito para ello. Podrá en todo momento ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante comunicación escrita a la dirección de Enjoy Ebre.

DNI:EN.....A.....DE.....201

FIRMA: