|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CLUB NÁUTICO DE ÁGUILAS  Paseo de Parra 44, 30880 Águilas (Murcia).  TLF: 968 00 78 74 – 655 44 19 29  [**www.cnaguilas.com**](http://www.cnaguilas.com) | | | | |  |
| Campamento náutico y de educación medioambiental | | | | | |
| **FICHA DE INSCRIPCIÓN** | | | | | |
| Fechas  1 al 14 de julio 16 al 29 de julio 1 al 10 de julio 16 al 25 de julio | | | | | |
| **DATOS DEL PARTICIPANTE** | | | | Edad: Fecha nacimiento: | |
| Nombre y apellidos: | | | | | |
| Domicilio: C/ Nº: Piso: | | | | | |
| Localidad: Provincia: CP: | | | | | |
| Nombre del padre: Teléfonos(oficina/móvil): | | | | | |
| Nombre de la madre: Teléfonos(oficina/móvil): | | | | | |
| Teléfono de casa: Otros en caso de necesidad: | | | | | |
| Correo(s) electrónico(s) de contacto: | | | | | |
| **DATOS DE INTERÉS** | | ¿Tiene las vacunaciones al día? Si [ ] No [ ] (marcar X en casilla adecuada) | | | |
| ¿Alergia a medicamentos?: Si [ ] No [ ] (marcar con X la casilla adecuada) ¿Otras alergias?: Si [ ] No [ ] | | | | | |
| Especificar alergia o enfermedad, implicaciones y tratamiento. Imprescindible informe médico. | | | | | |
| ¿Sabe nadar? Sí [ ] No[ ] | *Saber nadar consiste en poder mantenerse a flote el tiempo suficiente para recibir ayuda y desplazarse en el agua de forma autosuficiente mediante movimientos ordenados.* | | | | |
| Consentimiento derechos de imagen Sí [ ] No[ ] | *Marque con un X lo que proceda*  *Doy mi consentimiento para que la persona inscrita aparezca en las fotografías que se publiquen en la página Web y Facebook del Club Náutico de Águilas.* | | | | |
| Otros datos que debamos conocer: | | | | | |
| **AUTORIZACIÓN PATERNA/MATERNA** | | | | | |
| D/Dª con D.N.I.  como padre, madre, tutor, con la custodia durante la actividad elegida, del participante, autoriza a su hijo/a a participar en las actividades de verano conforme a las condiciones generales fijadas por CLUB NÁUTICO DE ÁGUILAS que ha leído y entendido. Declara que el participante no padece enfermedad infectocontagiosa ni ninguna otra limitación que le impida participar en el programa. En caso afirmativo es imprescindible presentar informe médico. | | | | | |
| FIRMA DE MADRE/PADRE O TUTOR: | | | Los datos que nos ha proporcionado son confidenciales, amparados por la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, y forman parte de los ficheros de los que es titular CLUB NÁUTICO DE ÁGUILAS CON CIF G-30028062.El objetivo es brindarle los servicios relativos a nuestra actividad y poder proporcionarle información que consideremos pueda serle útil referente los servicios que nos requiera por correo postal/electrónico. La aceptación del presente documento autoriza a CLUB NÁUTICO DE ÁGUILAS a que sus datos personales puedan ser cedidos, única y exclusivamente en aquellos casos en que sea necesario para el desarrollo de la actividad, así como el uso de imágenes/vídeos en las publicaciones y redes sociales del Club. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, conforme a la Ley 15/1999, en la dirección arriba indicada.  <https://www.cnaguilas.com/politica_proteccion_datos.html> | | |
| En a de de (LOCALIDAD Y FECHA) | | | | | |

CONDICIONES GENERALES, FOLLETO Y CIRCULAR INFORMATIVA EN <https://www.cnaguilas.com/web_campa_verano/Proyecto%20campamento%20Murcia%20Salud.pdf>