



# HOJA DE INSCRIPCIÓN

## SURFCAMP KIDS DIURNO - 2021

### DATOS PERSONALES

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Tel. hijo: \_\_\_\_\_ Tel. móvil: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN MENORES DE EDAD

#### INFORMACIÓN SOBRE EL ADULTO RESPONSABLE DEL MENOR:

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Tel. de emergencia: \_\_\_\_\_

Especifique la información sobre el menor que se solicita a continuación, que será confidencial y solo para ser utilizada durante el surfcamp en el que participe:

- Alergias: No  Sí  : \_\_\_\_\_
- Condiciones que necesitan consideraciones especiales (médicas o físicas): \_\_\_\_\_
- ¿Necesita el alumno...? (A) **Inhalador:** Sí  No   
(B) **Medicamentos:** Sí  No   
(Tipo de medicamento y horas de administración): \_\_\_\_\_

Acepto que los organizadores del surfcamp no son responsables de accidentes o daños producidos a los participantes durante o a raíz de su participación en el surfcamp.

Autorizo  No autorizo a realizar cualquier reportaje fotográfico o audiovisual, comprendiendo la cesión de derechos de imagen que aquí se autoriza, los derechos de comunicación pública, reproducción y distribución en cualquier medio de comunicación, por cualquier sistema o formato y publicidad (folletos, carteles, etc.). Asimismo, se autoriza la cesión o transmisión a terceros en las mismas condiciones. La presente transmisión de derechos se realiza a título gratuito sin que genere, en ningún caso, derechos o compensación económica alguna para quien suscribe. El representante legal reconoce por otra parte que el menor no está vinculado a ningún contrato exclusivo sobre la utilización de su imagen o nombre.

Nombre del contacto secundario \_\_\_\_\_

Relación con el alumno: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**A CUALQUIER MÉDICO U HOSPITAL:** Por la presente, autorizo la concesión de la información médica correspondiente de mi hijo al personal profesional adecuado. Concedo permiso al médico u hospital para, en caso de una emergencia, administrar su tratamiento y solicitar medicamentos, inyecciones, anestesia o cirugía para mi hijo, cuyo nombre se indica anteriormente. La firma siguiente constituye la autorización para realizar cualquier tratamiento necesario para mi hijo durante esta excursión.

### FECHAS Y OPCIÓN ESCOGIDAS\*:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 28 Jun – 2 Jul 2021  | <input type="checkbox"/> 19 Jul – 23 Jul 2021 | <input type="checkbox"/> 9 Ago – 13 Ago 2021  |
| <input type="checkbox"/> 5 Jul – 9 Jul 2021   | <input type="checkbox"/> 26 Jul – 30 Jul 2021 | <input type="checkbox"/> 16 Ago – 20 Ago 2021 |
| <input type="checkbox"/> 12 Jul – 16 Jul 2021 | <input type="checkbox"/> 2 Ago – 6 Ago 2021   | <input type="checkbox"/> 23 Ago – 27 Ago 2021 |

- Opción A (Media jornada) 155€     Opción B (Media jornada con comida) 195€     Opción C (Jornada completa) 270€

Ingresar importe en cc del Banco Santander a nombre de Escuela de Surf La Curva, S.L. BIC BSCHESMM

ES43 0049 2382 2524 1543 5262 indicando nombre participante y fecha Surfcamp.

Enviar copia del resguardo junto con DNI y tarjeta sanitaria del menor a: [info@escueladesurflacurva.com](mailto:info@escueladesurflacurva.com)

\*Opcional: recogida en embarcadero de Pedreña/Somo  Sí  NO

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_