

DATOS MÉDICOS

Alergias:
Medicamentos:
Alimentos:
¿Padece alguna afección frecuente?:
¿Tiene algún miedo hacia algo en especial?:

Autorizo a Falkatruadas S.C. a efectuar en esta cuenta los cargos correspondientes a los servicios anteriormente detallados.

En _____, a _____ de _____ de 2014

Firma del tutor

De conformidad con lo dispuesto en la ley orgánica 15/1999 de protección de datos, Falkatruadas S.C.le informa que los datos personales facilitados en el presente formulario serán incorporados en un fichero con la finalidad de gestionar, mantener y garantizar el cumplimiento de las actividades del Campamento. Serán tratados de manera automatizada. El remitente da su consentimiento para ser incluido en este fichero y además en el fichero de gestión de los diferentes campamentos y actividades que ofertamos para obtener toda la información necesaria a los efectos de conseguir la mejor atención posible a los participantes. Si lo desea, puede dirigirse a Falkatruadas S.C., domiciliada en Areas 55, Mourente (Pontevedra) con el fin de ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación.

