|  |  |
| --- | --- |
| **CONCELLO DE BOQUEIXÓN** | Forte s/n **– Boqueixón**  Teléfono: **981- 51 3115**  Fax: **981- 51 3000**  C.I.F.: **P-1501200-H**  C. electr: **cultura@boqueixon.com** |

**SOLICITUD CAMPAMENTO RECREANDO Nº ………**

D.Dna­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­.­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

enderezo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

teléfono-s de contacto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

como pai/nai/titor-a legal do/a **PARTICIPANTE**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con data de nacemento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A efectos de establecer os criterios de prioridade **DECLARO** que:

O meu fillo/a está empadroado/a.

O meu fillo/a non estando empadroado/a, está matriculado/a nun centro educativo de Boqueixón ou ben os seus pais traballan neste termo municipal.

O meu fillo/a non está empadroado/a.

Así mesmo **DECLARO** que o meu fillo/a

Sabe nadar Non sabe nadar

SR. ALCALDE –PRESIDENTE DO CONCELLO DE BOQUEIXÓN

**CAPTACIÓN DE IMAXES**

AUTORIZO NON AUTORIZO

Ao Concello de Boqueixón para que realice a captación de fotografías, gravación de imaxes e/o rexistro de son da actividade organizada polo concello, no que apareza o/a neno/a, antedito/a, ben a título individual ou formando parte dun grupo.

(\*) As imaxes e sons destinaranse á súa difusión a través de calquera medio de comunicación audiovisual ou impreso así como ao arquivo para a súa utilización en campañas de promoción ou calquera tipo de documento que se publique a instancias do Concello de Boqueixón, mantendo sempre a observación dos dereitos da infancia e sen desvirtuar en ningún caso o seu significado nin tampouco o contexto no que foron captadas.

Consonte ao disposto na Lei Orgánica 15/1999 de 13 de decembro, de Protección de datos de carácter persoal, os seus datos serán tratados de xeito confidencial e poderán ser incorporados ao ficheiro do Concello de Boqueixón. En calquera momento poderá exercitar os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición, comunicándoo por escrito a: Concello de Boqueixón, s/n. 15881 Boqueixón (A Coruña)

**DATOS MÉDICOS E DE INTERESE** (engadir informe médico se o considera preciso).

ENFERMIDADES\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALERXÍAS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OUTROS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BOQUEIXÓN \_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE 2019

Asdo.

SR. ALCALDE –PRESIDENTE DO CONCELLO DE BOQUEIXÓN