INSCRIPCIÓN VERANO 2026
CC FEST - EL TEMPLE

DATOS PERSONALES

Nombre_____ Apellidos_____

Lugar de nacimiento_____ Fecha de nacimiento__/__/____Edad: _____años.

Dirección_____ Población_____ Código Postal _____

Telf. Casa_____ Correo electrónico_____

Nombre y apellidos del padre / Tutor _____ Teléfono _____

Nombre y apellidos de la madre / Tutora _____ _____ Teléfono _____

Escuela_____ Curso _____ ¿Alumno centro FEST? SI // NO

DATOS DE SALUD Y OTRAS OBSERVACIONES

¿Padece alguna enfermedad o alergia alimentaria? ____ ¿Cuál? _____

¿Toma algún medicamento? ____ ¿Cuál? _____ ¿Con qué frecuencia*? _____

¿Padece alguna discapacidad? _____ Certificación _____

*Para administrar cualquier medicamento a un participante, durante la Escuela de Verano, se deberá aportar informe médico y autorización expresa de los padres o tutores.

Otras observaciones, cuidados o precauciones a tener en cuenta**

_____

**Indicar cualquier tipo de trastorno o incidencia física o psíquica, así como cualquier otra circunstancia del participante que pueda afectar al desarrollo de su permanencia. (Incluir informe médico si es necesario).

Marcar con una X los servicios:

HORARIOS		*Marcar estas casillas si es asistencia por semana*											*Mes completo*	
		22-26 JUN	29-3 JUL	6-10 JUL	13-17 JUL	20-24 JUL	27-31 JUL	3-7 AGO*	10-14 AGO*	17-21 AGO*	24-28 AGO*	31 - 4 SEP	JULIO 1 al 31	AGOSTO* 1 al 31
MATINERA	**07:30 09:00**													
CAMPUS	**09:00 14:00**													
COMEDOR	**14:00 15:30**													
LUDOTECA	**15:30 16:30**													

*Una vez presentado, en caso de querer añadir alguna semana o servicio más dependerá de la disponibilidad.
* Semanas y mes de Agosto bajo demanda mínima de 40 usuarios.

TALLA DE CAMISETA: 2/3 ___, 3/4 ___, 5/6 ___, 7/8 ___, 9/11 ___, 12/13 ___, 14/15 ___

¿CAMISETA EXTRA? (+8€) : SÍ / NO **Nº UNIDADES EXTRA: _____**

AUTORIZACIÓN DE LA MADRE/PADRE O TUTOR/A LEGAL

Yo, con DNI_____ autorizo a mi hijo/a_____ a asistir a la Escuela de Verano 2026 y hago extensiva esta autorización a las decisiones médico-quirúrgicas que sean necesarias adoptar en caso de extrema urgencia, bajo dirección facultativa.

Asimismo, autorizo también a la captación de imágenes y voz [imágenes gráficas (fotografía) y/o audiovisual u otro medio] por parte de cualquier persona autorizada, ya sea esta empleada de la entidad, profesional externo o familiares y amigos de alumnos dados de alta en la entidad, así como su difusión, reproducción y/o exposición en las instalaciones de la empresa, en la página web, en publicaciones y cualesquiera otras plataformas responsabilidad de las mismas.

Si no desea que los datos se traten en la forma anteriormente dispuesta marque con una [X] la siguiente casilla: □
El consentimiento se entenderá prestado en tanto no comunique por escrito la revocación del mismo.

AUTORIZACIÓN DE SALIDA DEL CAMPUS

Nombre de la persona autorizada _____ DNI/NIE _____

Nombre de la persona autorizada _____ DNI/NIE _____

Nombre de la persona autorizada _____ DNI/NIE _____

En caso que el/la niño/a pueda salir solo/a ha de quedar reflejado en las observaciones y se debe rellenar el anexo pertinente de salidas autónomas de la escuela de verano.

Firmado en _____ ,_____ de _____ del 2026.

Firma del padre, madre o tutor/a legal

La persona firmante declara que tiene la capacidad facultativa para inscribir al menor en la actividad.

De conformidad con la normativa vigente en materia de protección de datos: Responsable: Trotamundos Mallorca S.L., CIF: B57159865, Correo electrónico: contacto@trotamundosmallorca.es. Delegado de protección de datos: contacto: / http://www. protecmir.com / EMAIL: protecmirlegal@protecmir.com. FINALIDAD: Prestarles el servicio solicitado por usted para el menor de edad. Estos datos también serán tratados para mantenerle informado de las actividades realizadas mediante el envío de circulares y boletines informativos. Sus datos de carácter personal serán conservados durante los plazos legales y por el tiempo necesario para atender a posibles responsabilidades nacidas del tratamiento. LEGITIMACIÓN: Ejecución de un contrato, cumplimiento de una obligación legal y su consentimiento. DESTINATARIOS: Sus datos no se cederán a terceros ajenos salvo en los casos en que exista una obligación legal. No hay previsión de transferencia de datos a terceros países. DERECHOS: Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición al tratamiento de sus datos ante Trotamundos Mallorca S.L. Usted tiene derecho a presentar una reclamación ante la autoridad de control: Agencia Española de Protección Datos (www.agpd.es).

CONDICIONES PARA LA INSCRIPCIÓN

● Hoja de inscripción firmada + Fotocopia Tarjeta Sanitaria Menor *(no recortada)*

● Pago en efectivo de 60€ al entregar inscripción (en sobre cerrado) o transferencia al ES37 2100 0985 1902 0006 4513 a nombre de Trotamundos Mallorca (Concepto: Nombre menor + Temple)

● Presentación física en los días establecidos en el centro o en nuestra oficina los martes de 8h a 12h.

IMPORTANTE: El pago de 60€ es a cuenta, a descontar del total. Es un pago de reserva no reembolsable en caso de cancelación.