



Hoja de Inscripción

Sección:	Instituto:
Clase de Socio: <input type="checkbox"/> Juvenil <input type="checkbox"/> Patrocinador	
Fecha:	Anexo: Fotocopia del DNI <input type="checkbox"/>

Datos del Participante			
Nombre:		Apellidos:	
Fecha nacimiento:	Edad:	DNI:	
Dirección:			Nº
Teléfono:		Localidad:	
Provincia:		Correo:	
Datos Médicos.			
Sufre alguna enfermedad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tiene alguna discapacidad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Es alérgico algún medicamento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tiene algún tratamiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso de alergia, enfermedad, discapacidad o tratamiento, indíquelo a continuación.			
Teléfono y nombre de contacto (en caso de urgencia)		Firmado por el Participante	
La cuota de Socio 12 euros al año lo pagare: 1€ mes <input type="checkbox"/> 3€ Trimestral(3meses) <input type="checkbox"/> 6€ Semestral(6 meses) <input type="checkbox"/> 11.€ Año <input type="checkbox"/> (12meses)			

AUTORIZACION (en caso contrario indicar con una cruz en el recuadro) Autorizo con la firma anterior en caso de ser mayor de edad, o con la del padre, madre o tutor legal, a que la Asociación juvenil "Mibu" pueda disponer de la presente información y en caso de tener alguna imagen de mi persona (fotografía) pueda ser difundida para artículos de prensa, páginas web, memorias o cualquier otro elemento que no sea en contra de mi persona, siendo consciente, libre y voluntaria, autorizo su uso. Encaso contrario, informaré por escrito a la Asociación Juvenil "Mibu" o colocaré una cruz en este recuadro

AUTORIZACIÓN (sólo para menores de edad)

D./Dña.: _____ **con DNI:** _____

Madre, padre o tutor legal del menor anteriormente citado, autoriza a que participe en las actividades realizadas por la Asociación Juvenil "Mibu". De forma libre y consciente siendo responsable de cualquier incidencia que el menor pueda ocasionar y respondiendo por ello, no haciendo responsable a la Asociación Juvenil "Mibu" ni a ninguno de sus monitores, teniendo conocimiento mediante esta autorización que los gastos médico o de seguro serán cubierto por el padre, madre o tutor legal en caso de no ser una actividad asegurada, que como responsable del menor me tendré que informar. Por ello, autorizo a que los monitores en caso de incumplimiento de alguna de las normas establecidas puedan actuar en consecuencia, mediante la expulsión de la actividad o tomando las medidas necesarias, no haciendo responsable al monitor. También autorizo, que en caso de urgencia médica, el monitor pueda tomar las decisiones correspondientes siempre en beneficios del menor, si no es posible contactar con la familia. Para ello, firmo el presente documento.

Fdo:.....

DNI:.....

Los datos aquí aportado serán para uso exclusivo de envío de información sobre programas de "Mibu" comprometiendo y garantizando su custodia y dando de esta manera consentimiento para recibir información. De acuerdo con la LSSICE, usted podrá modificar o cancelar los datos manifestándolos por correo electrónico: asociacionmibu@gmail.com