



Solicitud "XIII CAMPUS de Baloncesto UNICAJA OBRA SOCIAL"



Espacio reservado para
Número de Registro

Unicaja
Obra Social

NÚMERO DE CUENTA CLIENTE CON SUS 20 DÍGITOS

2	1	0	3																
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número:

Código Sucursal que tramita: _____, Población _____

Datos del niño/a:

APELLIDO 1°	APELLIDO 2°	NOMBRE
Fecha de Nacimiento: DÍA MES AÑO		
Sexo (V/H):		Altura: m. cms.
Talla Camiseta	Utilizará el autobús (Si/No): (sólo externos de Málaga capital)	Es la primera vez que asiste el/la niño/a al Campus (Si/No):

Datos del Padre/Madre o Tutor/a:

APELLIDO 1°	APELLIDO 2°	NOMBRE
NIF:	LETRA: CALLE:	N°: BL.: ESC.: PISO: LETRA:
CÓDIGO POSTAL:	LOCALIDAD:	TELÉFONOS:

Solicito en primer lugar el turno marcado como y las sucesivas preferencias con 1, 2, 3.

"INTERNO"

1° <input type="checkbox"/> del 27 de junio al 4 de julio
2° <input type="checkbox"/> del 4 de julio al 11 de julio
3° <input type="checkbox"/> del 11 de julio al 18 de julio
4° <input type="checkbox"/> del 19 de julio al 26 de julio
5° <input type="checkbox"/> del 26 de julio al 2 de agosto

300 Euros

"EXTERNO"

1° <input type="checkbox"/> del 27 de junio al 4 de julio
2° <input type="checkbox"/> del 4 de julio al 11 de julio
3° <input type="checkbox"/> del 11 de julio al 18 de julio
4° <input type="checkbox"/> del 19 de julio al 26 de julio
5° <input type="checkbox"/> del 26 de julio al 2 de agosto

230 Euros

Sólo se admitirán niños/as de 6 a 17 años. Deberán adjuntar documento acreditativo de la edad.

Ficha Médica: (no olvide entregar a su hijo/a fotocopia de la Cartilla de Seguridad Social o de cualquier otra compañía que acredite asistencia sanitaria o farmacéutica, y en su caso talonario de recetas de Muface).

ES ALÉRGICO/A A ALGÚN MEDICAMENTO? CUÁL/ES?

ESPECIFIQUE SI EN EL PERÍODO DE CAMPUS TIENE QUE TOMAR ALGUNA MEDICACIÓN Y DOSIS DIARIA:

OTRAS CIRCUNSTANCIAS ATENER EN CUENTA:

MUY IMPORTANTE: En caso de que su residencia durante la permanencia de su hijo/a en el Campus sea distinta al domicilio indicado anteriormente, especifique el domicilio completo y el n.º de teléfono donde podamos contactar:

TELÉFONO:	DOMICILIO:	CÓDIGO POSTAL:	POBLACIÓN:
-----------	------------	----------------	------------

- Como padre/madre, tutor/a, autorizo al solicitante para que asista y desarrolle el programa de actividades del Campus en las fechas consignadas conociendo dicho programa, hago extensible esta autorización al personal facultativo para atención médica necesaria, para trasladar al alumno a un centro sanitario en caso de que fuese necesario y en caso de asistencia médica fuera del Campus dispensada en centros del S.A.S., asumiré todo gasto que pudiera ocasionar dicha asistencia.
- Los datos facilitados en esta ficha serán incorporados a un fichero informatizado, propiedad exclusiva de Unicaja, con la finalidad de realizar la gestión de las solicitudes, remitir información sobre sus eventos deportivos y lúdicos y efectuar la actualización y mantenimiento de sus datos. Si lo desea podrá ejercitar su derecho de acceso, oposición, rectificación, cancelación, dirigiéndose a la oficina de Atención al Cliente de Unicaja, sita en la Avda. de Andalucía, 10 - MÁLAGA, 29007.
- Autorizo el cargo en mi cuenta en Unicaja arriba indicada por la cantidad correspondiente al Campus solicitado (300/230 según modalidad).
- En ningún caso se devolverá el importe de la cuota una vez iniciado el turno.
- Si no se comunica la baja a través de Sucursal con una antelación de 7 días, se abonará el 50% de la estancia.
- Como madre/padre, tutor/a del solicitante, autorizo a Unicaja al tratamiento de las fotografías y/o grabaciones de imágenes del menor que, durante las actividades del Campus de Baloncesto Unicaja Obra Social, pueda realizar. Dicho tratamiento autoriza a Unicaja, exclusivamente, a incluir dichas imágenes en la memoria de actividades de su Obra Social y a su uso para la divulgación, por cualquier otro medio, de las actividades propias de su Obra Social.