

## DOCUMENTO DE ADMISIÓN

### DATOS DEL MENOR

Nombre	
Apellidos	
Fecha de Nacimiento	

### DATOS DEL RESPONSABLE DEL MENOR

Nombre y apellidos	
DNI/NIE	
En calidad de *	
Teléfono móvil	
e-mail	
Domicilio	CP:

\*Padre, madre, tutor legal, familiar...

### INFORMACIÓN A CERCA DEL MENOR (marque con una X la casilla)

- El menor tiene alguna alergia. Indicar cuál \_\_\_\_\_
- Autorizo al centro que en el caso de necesidad y urgencia se desplazará al HOSPITAL DE NENS sito en Consell de Cent, 437 de Barcelona.
- Autorizo al centro a utilizar material gráfico (fotos, videos, etc) derivado de las actividades en las que participa.
- Autoriza el tratamiento de sus datos personales para enviar información sobre nuestros servicios y actividades relacionados directamente con los servicios ofrecidos.

### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

- Identidad: Verónica Pérez Organista
- NIF: 47454004J
- Dirección postal: Consell de Cent 412, 08009, Barcelona
- Teléfono: 93 156 04 68
- Legitimación: KIDKAT papás

Finalidad: servicio de juego y custodia, talleres familiares, extraescolares y de todas aquellas actividades de ocio que se realicen en el centro con los menores.

Destinatarios: Fichero propiedad de Verónica Pérez Organista.

Derechos: Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, que se explica en la información adicional de la política de protección de datos que puede consultar en nuestra página web [www.kidkatpapas.com](http://www.kidkatpapas.com)

Por la firma del presente documento acepto las condiciones arriba señaladas y manifiesto que los datos que he facilitado son ciertos.

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA: