



# FICHA DE INSCRIPCIÓN CAMPAMENTO

## VI RASILLO BIKE CAMP - DEL 27 DE MARZO AL 2 DE ABRIL DE 2026



Nº de cuenta: ES38 3008 0163 8752 7992 4327 (Caja Rural de Navarra)

Importe: 385 € . Concepto: "CAMPUS RASILLO" + nombre del chico/a

Pago del 50% al realizar la inscripción y el resto del 23 de febrero al 2 de marzo de 2026.

### DATOS PERSONALES

Nombre del chico/a: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Piso: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléf.: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ e-Mail: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Licencia Federativa: SI  NO

D./ \_\_\_\_\_, como tutor/a legal, con DNI: \_\_\_\_\_,

autorizo a Kdds Riojanas Asociación Deportiva de BTT a hacer fotografías (con fines divulgativos) al niño/a referido en esta inscripción y a salir al exterior de las instalaciones a realizar algunas actividades. EXIMO de cualquier responsabilidad a los MONITORES, así como al Ayuntamiento del Rasillo y al Club Kdds Riojanas, de cualquier imprevisto o accidente que pudiera ocurrir de modo fortuito y ACEPTE las normas de seguridad y comportamiento a seguir.

### DATOS MÉDICOS (en caso afirmativo, especificar)

1) Alergias Antibióticos, medicamentos: \_\_\_\_\_

2) Alergias Animales o alimentos: \_\_\_\_\_

3) ¿Sigue algún tipo de medicación o tratamiento médico? \_\_\_\_\_

4) ¿Hay algún medicamento que no pueda tomar? \_\_\_\_\_

5) ¿Padece alguna afección frecuente? \_\_\_\_\_

6) ¿Sigue algún tipo de regimen de comida? (tipo): \_\_\_\_\_

7) ¿Tiene algún miedo hacia algo en especial? \_\_\_\_\_

8) ¿Sufre algún tipo de retraso motor o mental? \_\_\_\_\_

9) ¿Necesita algun apoyo extra? \_\_\_\_\_

Otras observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso de que sea imposible mi localización autorizo a los responsables de la actividad, a tomar las decisiones médicas oportunas.

PROTECCIÓN DE DATOS: A los efectos previstos en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales del menor serán incorporados en nuestro fichero de Clientes. Respecto a los citados datos podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación, en los términos previstos en la indicada Ley Orgánica 3/2018.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

La firma de la presente inscripción, confirma el conocimiento y aceptación de las normas de inscripción  
**El importe de la reserva, así como el de la inscripción en caso de haberlo abonado, SOLO SE DEVOLVERÁ EN CASO DE CANCELACIÓN DEL EVENTO POR PARTE DE LA ORGANIZACIÓN o ENFERMEDAD GRAVE DEL ASISTENTE que impida su participación en el campamento (imprescindible presentar informe médico).**

ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA  
CARTILLA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Firma de Padre, Madre o Tutor/a Legal