

Ficha de inscripción Verano 2019



Campamento	Fechas	Mes	Autocar
<input type="checkbox"/> Extrema Vera	<input type="checkbox"/> 1 - 15	<input type="checkbox"/> JULIO	<input type="checkbox"/> IDA
<input type="checkbox"/> Wild Camp	<input type="checkbox"/> 16 - 30	<input type="checkbox"/> AGOSTO	<input type="checkbox"/> VUELTA
<input type="checkbox"/> Vera Summer	<input type="checkbox"/> 1 - 8		<input type="checkbox"/> IDA/VUELTA
	<input type="checkbox"/> 8 - 15		

ALBERGUISTA:

Apellidos: _____ Nombre: _____

DNI: _____ Fecha nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: H ___ M ___

Dirección: _____

C.P.: _____ Población: _____ Provincia: _____

Teléfonos: _____ / _____ / _____ 2º hermano/a : sí no

Email: _____ @ _____ ¿Sabe nadar?: sí no

AUTORIZACIÓN Y PROTECCIÓN DE DATOS

CENTRO DE ACTIVIDADES VERA S.L. es el responsable del tratamiento de sus datos personales y le informa que serán tratados de conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), siendo la finalidad del tratamiento la realización de actividades de ocio y formación. Sus datos se conservarán mientras haya un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y no se comunicarán a terceros sin su consentimiento.

Derechos que le asisten: Derecho a retirar este consentimiento en cualquier momento. Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de los datos y de limitación u oposición al tratamiento. Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Podrá ejercer los derechos a CALLE OCAÑA, 14 28047 MADRID (MADRID)

SI NO Autorizo a los siguientes tratamientos:

- Participar de las actividades de la entidad organizadora.
- En caso de necesidad, llevarlo al médico acompañado del personal de la entidad organizadora.
- Recibir información sobre las actividades de la entidad organizadora.
- Grabación de imágenes y vídeos de las actividades para ser utilizadas en publicaciones y otros medios de comunicación de la entidad organizadora. Incluidas las redes sociales del mismo.

Yo, _____ como madres/padre o tutor/a, con NIF/NIE/Pasaporte _____, con domicilio _____ num. _____, CP _____, Población _____ consiento el tratamiento de los datos en los términos expuestos.

En _____, fecha _____/_____/_____

Firma: _____

FICHA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA:

Número de la cartilla de la Seguridad Social o similar donde se incluya al participante:

Otros seguros médicos: _____

(ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA CARTILLA DE SEGURIDAD SOCIAL O SEGURO MÉDICO PRIVADO)

ANTECEDENTES

- **Peso:** _____ kg

- **Alergia a medicamentos:** Sí No *Especificar:* _____

- **Alergia alimenticias:** Sí No *Especificar:* _____

- **Alergias (otras):** Sí No *Especificar:* _____

- **Intolerancias:** Sí No *Especificar:* _____

- **¿Lleva alguna dieta especial de comida?** Sí No *Especificar:* _____

- **Calendario vacunas completo:** Sí No

- **Diabético:** Sí No Insulino rápida: _____

Insulina lenta: _____

- **Tratamiento Farmacológico actual:**

* **Medicamento:** _____

* **¿Por qué causad?:** _____

* **Dosis diaria:** _____

- **Otras patologías y/o intervenciones:** _____

- **¿Duerme bien?:** Sí No **Sonámbulo/a:** Sí No **Enuresis:** Sí No

Observaciones: _____

- **Discapacidad:** *Física* _____

Intelectual _____

- **Observaciones y/o comentarios:**

- **ADJUNTA INFORME MÉDICO** Sí No Informe/archivo:

Rellene todos los campos y adjunte informes médicos y/o archivos (documentos doc., pdf.) con la explicación oportuna sobre los/as participantes si así lo requiere.

- **ADJUNTA TARJETA SANITARIA** Archivo:

- **ADJUNTA JUSTIFICANTE DE PAGO** Archivo: