

SECTOR _____ // CAMPAMENTO DE VERANO 2024

FICHA DE INSCRIPCIÓN

1.- DATOS PERSONALES DEL DESTINATARIO

NOMBRE Y APELLIDOS _____

EDAD _____ DNI _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

_____ DIRECCIÓN _____

Nº BLOQUE _____ ESCALERA _____ PISO _____ PUERTA _____ CÓDIGO

POSTAL _____ LOCALIDAD _____

CORREO ELECTRÓNICO DEL DESTINATARIO _____

SOCIO DURANTE EL CURSO 2023/2024 ☐ SÍ ☐ NO // TALLA DE CAMISETA

A elegir entre: 4-6-8-10-12-14-16-18-S-M-L-XL

2.- DATOS FAMILIARES

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE O TUTOR LEGAL:

TELÉFONO DE CONTACTO/ MÓVIL (PADRE O TUTOR)

CORREO ELECTRÓNICO (PADRE O TUTOR):

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE O TUTOR LEGAL

TELÉFONO DE CONTACTO/ MÓVIL (MADRE O TUTOR)

CORREO ELECTRÓNICO (MADRE O TUTOR)

OBSERVACIONES

*¿Padece alguna enfermedad que pueda condicionar el desarrollo de la actividad?

.....

.

.....

*¿Es alérgico/a a algún alimento? ¿Cuál?

.....

.

.....

* ¿Toma algún medicamento habitualmente? ¿Cuál?

.....

.

.....

* ¿Alguna observación que deba conocer el médico en caso de urgencia?

.....

.

.....

* ¿Alguna información que sea interesante conocer para el desarrollo normal del campamento? (ej: Enuresis nocturna, no sabe nadar, propenso/a a... , etc.)

.....

.....

AUTORIZACIONES

Yo, _____, con DNI _____,

como madre/ padre/ tutor de _____,

que participa en el CAMPAMENTO DE VERANO organizado por el CJS Tucumán 7 en las instalaciones de “Alto de León” en San Rafael, Segovia del 1 al 11 de agosto de 2024.

AUTORIZO al responsable del Campamento a que en caso de máxima urgencia, con conocimiento y prescripción médica, a tomar las decisiones oportunas si ha sido imposible mi localización.

AUTORIZO al responsable del **BOTIQUÍN** a que proceda a la dispensación del medicamento que a continuación señalo, con la dosis, nº de tomas por día y horario de la toma correspondiente.

MEDICAMENTO DOSIS (Nº DE TOMAS/DÍA)	HORARIO

AUTORIZO a un responsable del campamento a que proceda a su traslado en un vehículo privado en caso de necesidad médica.

DECLARO que no oculto datos de relevancia relacionados con la salud del autorizado/a a la organización.

Firma:

Alicante, a _____ de _____ del 202



CAMPAMENTO DE VERANO 2024

INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Sus datos personales serán usados para nuestra relación y poder prestarle nuestros servicios. Dichos datos son necesarios para poder relacionarnos con usted, lo que nos permite el uso de su Información personal dentro de la legalidad. Asimismo, también pueden ser usados para otras actividades, como enviarle publicidad o promocionar nuestras actividades.

Sólo el personal de nuestra entidad que esté debidamente autorizado podrá tener conocimiento de la información que le pedimos. Así mismo, podrán tener conocimiento de su información aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que podamos prestarle nuestros servicios. Igualmente, tendrán conocimiento de su información aquellas entidades públicas o privadas a las cuales estemos obligados a facilitar sus datos personales con motivo del cumplimiento de alguna ley.

Conservaremos sus datos durante nuestra relación y mientras nos obliguen las leyes. Una vez finalizados los plazos legales aplicables, procederemos a eliminarlos de forma segura.

En cualquier momento puede dirigirse a nosotros para saber qué información tenemos sobre usted, rectificar si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación, en el caso de que ello sea legalmente posible. También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad). Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI, para poder identificarle:

Asociación Juvenil Centro Juvenil Salesiano Tucumán 7 Calle Tucumán n

7 C.P. 03005 Alicante.

En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos por nuestra entidad, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos [www.agpd.es].

Permisos específicos:

☐ Consiento que se utilice mi imagen en Internet y otros medios similares para difundir las actividades de su entidad, pudiendo incluir la grabación de mi imagen/voz, su publicación a través de las redes sociales con el fin de dar a conocer la misma y difundir su actividad, así como de la Federación Don Bosco Com.Valenciana, la Obra Salesiana de Alicante y la Inspección Salesiana María Auxiliadora.

☐ Consiento que se utilice mi número de teléfono para que su entidad pueda comunicarse conmigo a través de la plataforma de mensajería multiplataforma WhatsApp y/o Telegram, mejorando así la rapidez y eficacia las distintas gestiones y comunicaciones. .

☐ Consiento el uso de mis datos personales para recibir publicidad de su entidad: información de actividades especiales (acampadas, campamentos, escuela de verano...), de las inscripciones al nuevo curso y otras posibles iniciativas de la entidad.



☐ Consiento el uso de los datos sobre mi salud para poder recibir los servicios solicitados.

En el caso de personas menores de 14 años o incapaces, deberá otorgar su permiso el padre, madre o tutor del menor.

Firma de la persona interesada:

Nombre y apellido del socio:

DNI del socio/a:

Nombre y apellidos del padre/madre/tutor/a legal:

DNI del padre/madre/tutor/a legal:

Alicante, a ____ de _____ del 2024