

# FICHA DE INSCRIPCIÓN: CAMPAMENTOS URBANOS DE VERANO

Los datos recogidos serán incorporados y tratados en el fichero PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS, cuya finalidad es la gestión y seguimiento de datos de carácter personal o colectivo relacionados con los trámites administrativos realizados en el Ayuntamiento de Loeches, responsable último del fichero. La persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el momento que estime oportuno, en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal

**NÚMERO DE ORDEN:**

## 1.- HORARIO Y PERÍODO QUE SOLICITA (marcar con X):

	4ª junio	1ª julio	2ª julio	3ª julio	4ª julio
De 08:00 a 17:00 horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 08:00 a 14:00 horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 09:00 a 14:00 horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 09:00 a 17:00 horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2.- ALUMNO/A PARTICIPANTE:

Apellidos y nombre:		<input type="text"/>			
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Nacionalidad:			
Colegio/Curso Actual:		<input type="text"/>			

## 3.- NOMBRE DEL PADRE, DE LA MADRE O TUTOR/A LEGAL:

Apellidos y nombre:		NIF:	
Domicilio:	Nº:	Bloque:	Portal:
Escalera:	Piso:	Puerta:	
Teléfono Fijo:	Teléfono Móvil:	E-mail:	

## 4.- PERSONAS AUTORIZADAS PARA LA RECOGIDA DEL/LA PARTICIPANTE DEL PROGRAMA:

Apellidos-nombre	NIF:	Teléfono
Apellidos-nombre	NIF:	Teléfono
Apellidos-nombre	NIF:	Teléfono

## 5.- DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA APORTADA (marcar con ):

<input type="checkbox"/>	Fotocopia de la Cartilla o Tarjeta Seguridad Social del/de la Alumno/a Participante.
<input type="checkbox"/>	Fotocopia del Informe Médico, en caso necesario.

## 6.- AUTORIZACIONES DEL PADRE, DE LA MADRE O TUTOR/A:

A) Autoriza con su firma a incluir los datos personales del/de la Alumno/a en las bases de datos de la Concejalía de Educación para la difusión de sus actividades. El Ayuntamiento de Loeches se compromete a no transferir dichos datos a ninguna otra entidad pública o privada.

Loeches, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ Se autoriza con la firma del Padre, de la Madre o Tutor/a:

B) Autoriza con su firma a participar al/a la Alumno/a en las Actividades Programadas del Campamento Urbano, coordinadas por la Concejalía de Educación del Ayuntamiento de Loeches, aceptando las decisiones del personal responsable del mismo.

Loeches, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ Se autoriza con la firma del Padre, de la Madre o Tutor/a:

C) Autoriza con su firma a que el/la Alumno/a pueda ser fotografiado o filmado durante el desarrollo del Campamento Urbano, en los términos que recogen la Ley 1/1982, sobre el derecho de honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen y la Ley 15/1999, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.

Loeches, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ Se autoriza con la firma del Padre, de la Madre o Tutor/a:

# FICHA MÉDICA PARA LOS CAMPAMENTOS URBANOS

Los datos recogidos serán incorporados y tratados en el fichero PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS, cuya finalidad es la gestión y seguimiento de datos de carácter personal o colectivo relacionados con los trámites administrativos realizados en el Ayuntamiento de Loeches, responsable último del fichero. La persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el momento que estime oportuno, en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

NÚMERO DE ORDEN:

## 1.- DATOS DEL/DE LA ALUMNO/A PARTICIPANTE:

Apellidos y nombre:		Edad:	
Centro de Salud al que pertenece:			
Teléfono Fijo:	Teléfono Móvil:	Otro Teléfono de Contacto:	

## 2.- ALERGIAS:

¿Presenta alergias a algún alimento?:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, ¿De cuál/es se trata?: (Adjuntar Informe Médico)		
¿Presenta alergias a algún medicamento?:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, ¿De cuál/es se trata?: (Adjuntar Informe Médico)		
Algún otro dato a tener en cuenta sobre alergias e intolerancias::		

## 3.- OTROS DATOS:

¿Tiene todas las vacunas correspondientes a su edad?:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Se le está suministrando actualmente alguna medicación?:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, ¿De cuál/es se trata?:		
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica?:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Presenta alguna discapacidad?:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, ¿De cuál/es se trata?:		
En este último caso, debe ponerse en conocimiento del equipo de monitores/as para facilitar al/la alumno/a la estancia en el campamento.		

## 4.- DATOS DEL PADRE, DE LA MADRE O TUTOR/A DEL/DE LA ALUMNO/A QUE FIRMA ESTA FICHA MÉDICA:

Apellidos y nombre:	DNI-NIE:
Loeches, a _____ de _____ de 20__	Firma del Padre, de la Madre o Tutor/a del/de la Alumno/a: