

Entregar esta autorización con la **FOTOCOPIA TARJETA SANITARIA DEL MENOR y del DNI. Plazo de 10 días después de finalizar la inscripción.**

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:					
APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:					
FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD ACTUAL:		SEXO:	
CAMPAMENTO AL QUE ESTÁ APUNTADO:					
<input type="checkbox"/> Náutico Infantil (1 al 10 de julio)		<input type="checkbox"/> Multiaventura Infantil (17 al 26 julio)			
<input type="checkbox"/> Multiaventura Juvenil (2 al 11 de julio)		<input type="checkbox"/> Náutico Juvenil (18 al 27 de julio)			
<input type="checkbox"/> Naturaleza y Medioambiente Infantil (16 al 23 julio)					
INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE: (Marca la opción correcta)					
¿Sabe nadar?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Necesita manguitos?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Controla esfínteres?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Tiene el calendario de vacunas incluidas al día?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Sabe montar en bicicleta?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Ha participado en este campamento en ediciones anteriores?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Alergias, intolerancia alimentaria o dietas especiales Indicar grado de alergia y tratamiento (*)			¿Tiene cualquier otro tipo de alergia? (*)		
¿Tiene necesidades educativas especiales? (discapacidad, trastornos del comportamiento, dificultades lenguaje) Indicar (*)			En el período del desarrollo del campamento ¿necesita tomar algún tipo de medicación? Indicar (*)		
¿Tiene alguna enfermedad crónica? Indicar (*) ¿Padece alguna enfermedad o lesión? Indicar (*)			Cualquier otro aspecto que considere necesario señalar. (*)		

(*) Adjuntar INFORMES MÉDICOS O DOCUMENTACIÓN

SÍ DECLARO (MARCAR CON UNA X)

Que mi hijo/a **NO PADECE** en el momento actual enfermedad infectocontagiosa (*tipo varicela, molusco contagioso, papiloma/verruca plantar, hongos/micosis cutáneas, pie de atleta, conjuntivitis vírica o bacteriana, COVID19, etc.*) ni ninguna otra que precise atención especial.

En caso de padecer alguna de estas patologías es obligatorio aportar informe médico que haga constar que está en seguimiento y/o tratamiento de la misma y es compatible con asistir a la actividad.

CORREO ELECTRÓNICO EN MAYÚSCULAS (Obligatorio, activo y disponible durante el desarrollo de la actividad):

Autorizo a fotografiar o grabar al menor con fines relacionados con la actividad y que las fotos sean subidas a la plataforma seleccionada, en modo privado, para facilitar su visualización a las familias de los/las participantes.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Autorizo a recibir información sobre el desarrollo del campamento a través del correo electrónico indicado (señalar el correo electrónico que habitualmente es consultado)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Autorizo a adoptar medidas de carácter necesarias y urgentes en caso de accidente, enfermedad o cualquier otro imprevisto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Autorizo a recibir información sobre futuras actividades del Servicio de Juventud, Infancia y Adolescencia en el correo electrónico indicado	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

TELÉFONOS DE CONTACTO DURANTE EL CAMPAMENTO POR ORDEN DE PRIORIDAD INDICANDO NOMBRE DE LA PERSONA Y VÍNCULO CON EL MENOR (ACTIVO Y DISPONIBLE)

TELÉFONO DE CONTACTO	NOMBRE Y APELLIDOS	VÍNCULO CON EL MENOR
1º		
2º		
3º		

TUTOR/ES LEGALES QUE FIRMAN LA AUTORIZACIÓN (firmar un tutor o ambos): *Las personas que firmen la autorización serán las únicas que podrán hacer gestiones derivadas de la actividad.*

D/Dña.: _____	DNI: _____ y
D/Dña.: _____	DNI: _____

Autorizo como tutor/es legales del participante _____ a asistir al Campamento organizado por el Servicio de Juventud, Infancia y Adolescencia del Ayuntamiento de Alcobendas.

FIRMA DEL TUTOR/A LEGAL 1: _____ **FIRMA DEL TUTOR/A LEGAL 2:** _____

Fecha:
*Una vez iniciado el Campamento, si el participante tiene que regresar o mantenerse aislado por enfermedad infectocontagiosa, no se devolverá el dinero. Las familias son las encargadas de recoger a sus hijos/as, al igual que cuando sobrevienen otros incidentes o enfermedades en el desarrollo de los campamentos, por lo que **ME COMPROMETO** a hacerlo en un plazo máximo de 48 horas.*

RELLENAR SÓLO MAYORES DE 14 AÑOS

Yo, como participante mayor de 14 años, estoy de acuerdo en participar y en comprometerme

- A cumplir las condiciones de la actividad SI NO

- Autorizo a ser fotografiado y grabado con fines relacionados con la actividad. SI NO

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ **DNI:** _____ **FIRMA:** _____

DOCUMENTACIÓN NECESARIA A LA SALIDA DEL CAMPAMENTO:

Original tarjeta sanitaria del participante y DNI original de todo menor que lo tenga emitido (obligatorio a partir de 14 años).

Los participantes se comprometen a tener la documentación que les sea solicitada según el tipo de actividades que se desarrollen durante el campamento.

En cumplimiento de los artículos 13 y 14 del [Reglamento General Europeo de Protección de Datos \(UE\) 2016/679, de 27 de abril de 2016](#), le informamos de las características del tratamiento de los datos personales recogidos:

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS (REGLAMENTO EUROPEO 2016/679 de 27 abril de 2016)

Responsable: JUVENTUD, INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Finalidad: Gestión de las Colonias, Campamentos y Actividades de Animación.

Legitimación: Consentimiento del interesado para este fin específico.

Destinatarios: No se cederán datos a terceros, salvo por obligación legal y a encargados de tratamiento.

Derechos: De acceso, rectificación, supresión, así como otros derechos, según se explica en la información adicional.

Información adicional: Puede consultar el apartado [Aquí Protegemos tus Datos](#) de nuestra página web: www.alcobendas.org