



CLUB ENCINAS DE BOADILLA CAMPUS DE TENIS

VERANO 2017

URBANO

Fecha actual:

Fecha del turno:

CON COMIDA

SIN COMIDA

Solicitamos a los padres o tutores que rellenen todos los datos del formulario.

DATOS DEL PARTICIPANTE

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA DE NACIMIENTO EDAD..... Nº SOCIO.....

DOMICILIO

CIUDAD PROVINCIA..... C. POSTAL

E-MAIL NUMERO DE SOCIO

DATOS DE LOS PADRES O TUTORES

NOMBRE PADRE D.N.I

TELEFONO / E-MAIL

NOMBRE MADRE D.N.I

TELEFONO / E-MAIL

TELEFONO DE CONTACTO DURANTE LA ACTIVIDAD.....

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

En Boadilla del Monte, a ____ de _____ de 2017

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los interesados que los datos de carácter personal facilitados serán incluidos en ficheros, de carácter manual e informatizado, de los que es titular "ASOCIACIÓN CIVIL CLUB LAS ENCINAS DE BOADILLA", y que tienen por finalidad la gestión de las distintas actividades programadas por la Asociación. Asimismo, se le informa de la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de acuerdo con lo establecido en los artículos 15 y siguientes de la L.O.P.D. que podrá ejercer dirigiéndose a Carretera de Pozuelo a Boadilla, Km. 4,600 de Boadilla del monte (28669 Madrid). Mediante la cumplimentación del presente documento, el abajo firmante otorga su consentimiento para el tratamiento manual e informatizado de sus datos con los fines anteriormente citados

FICHA MÉDICA

CAMPUS DE TENIS

La siguiente ficha no es necesaria que la rellene facultativo alguno, sólo queremos contar con la información suficiente por si fuese necesario. Sea concreto y claro.

NOMBRE:

APELLIDOS:

SEGURIDAD SOCIAL: **OTROS SEGUROS:** (ADJUNTAR FOTOCOPIAS)

ENFERMEDADES ACTUALES O PROPENSIÓN A ELLAS:

.....

¿Toma alguna medicación? SI NO / Indique cuál y la dosis:

REACCIONES ALÉRGICAS, ALIMENTICIAS, A MEDICAMENTOS, A ANIMALES. A INSECTOS U OTRAS.

Especificar con claridad a cuál de ellas

.....

Tratamiento habitual en caso de reacción

VACUNACIONES

¿Tiene puestas todas las vacunas? (solo si se conoce con absoluta seguridad)

SI

NO

DIETAS ESPECIALES, INTOLERANCIAS o ALIMENTOS QUE NO DEBE TOMAR (*):

NECESIDADES ESPECIALES O MINUSVALÍAS:

¿Tiene asma?

SI

NO

¿Sabe nadar?

SI

REGULAR

FLOTAR

NO

OBSERVACIONES: (Datos importantes que nos ayuden a mejorar la atención a su hijo: malas experiencias, timidez,...)

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

En Boadilla del Monte, a ____ de _____ de 2017

(*) Implantamos en todos nuestros campamentos, tanto una filosofía lúdico-recreativa como educativa, por lo que cada participante, deberá diariamente comer una ración mínima de cada plato, por motivos de seguridad y de la propia dinámica del campamento.

AUTORIZACIÓN DERECHOS DE IMAGEN

CAMPUS DE TENIS

El abajo firmante, en calidad de padre/madre/tutor y representante legal de _____ (en adelante, "**El o La Menor**"), con D.N.I. (o Pasaporte o documento equivalente) _____, por la presente CONCEDE SU AUTORIZACIÓN para que sea utilizada, distribuida y reproducida, de forma libre y gratuita, la imagen del (de la) Menor incluida en el material audiovisual tomado durante su participación en las actividades organizadas por "Campamentos Las Encinas".

De esta manera, autoriza su uso en el ámbito interno de la entidad (cartelería, boletín interno, folletos informativos), así como en el ámbito externo (CD fotográfico, blog, diario/galería web campamento), en medios de comunicación y soportes publicitarios e informativos (catálogos y carteles promocionales, ofertas y web). Todo ello con el **respeto del derecho al honor en los términos previstos en las Leyes**, y en especial en la Legislación de Protección del Derecho al Honor, la Intimidad Personal y familiar y a la Propia Imagen.

La presente Autorización se entiende prestada con independencia del medio o soporte que se utilice y abarca la posible incorporación futura, total o parcial, de la imagen cedida a otras campañas derivadas o complementarias de aquella para la que expresamente cedo los precitados derechos.

Mi autorización no fija ningún límite de tiempo para su concesión ni para la explotación del material audiovisual en las que aparezca El (o La) Menor, por lo que mi autorización se considera concedida por un plazo de tiempo ilimitado.

Atentamente,

D. /Dña. _____

D.N.I. (o Pasaporte o documento equivalente) _____

Firma del PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL