

INSCRIPCIÓN COLONIAS Y CAMPUS DEPORTIVOS

ALÉRGICO

CAMPUS FÚTBOL	<input type="checkbox"/>	CAMPUS BALONCESTO	<input type="checkbox"/>
CAMPUS TENIS	<input type="checkbox"/>	CAMPUS DEPORTIVO DANZA	<input type="checkbox"/>
CAMPUS GIMNASIA RÍTMICA (POLIDEPORTIVO REY FELIPE VI)	<input type="checkbox"/>		
COLONIAS DEPORTIVAS	<input type="checkbox"/>		
Junio	<input type="checkbox"/>	Del 23 al 30 de junio (SOLO COLONIAS)	
Julio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1ª Quincena <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	2ª Quincena <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Mes completo
Agosto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1ª Quincena <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	2ª Quincena <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Mes completo (SOLO COLONIAS)
Septiembre	<input type="checkbox"/>	Del 1 al 6 de septiembre (SOLO COLONIAS)	

DATOS DEL PARTICIPANTE	
Nombre y Apellidos:	
Fecha de Nacimiento:	
Domicilio:	Ciudad:
Talla Camiseta: <input type="checkbox"/> 3\4 <input type="checkbox"/> 5\6 <input type="checkbox"/> 7\8 <input type="checkbox"/> 9\11 <input type="checkbox"/> 12\13	

DATOS DE LOS PADRES O TUTORES	
Nombre y Apellidos Padre:	DNI:
Teléfono de contacto:	Email:
Nombre y Apellidos Madre:	DNI:
Teléfono de contacto:	Email:

FICHA MÉDICA DEL PARTICIPANTE
Grupo Sanguíneo:
Seguro Médico Privado:
Medicación (detallar nombre de los medicamentos y el motivo de la medicación):
Reacciones Alérgicas (especificar claramente y marcar la casilla de arriba):
Medicamentos:.....
Alimentos:.....
Insectos:.....
Otras:.....
Enfermedades Actuales:
Régimen especial de comidas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. En caso afirmativo, especificar:
Vacunas (últimos 6 meses):
Observaciones:
Yo,..... con DNI como padre/madre/tutor del niño/a que mediante esta ficha se inscribe en Colonias Deportivas o Campus Deportivos, declaro con la firma de esta ficha de inscripción, que va realizar la actividad bajo mi responsabilidad asumiendo la NO REALIZACIÓN de un Reconocimiento Médico previo que valore su estado de salud para la práctica deportiva. La actividad cuenta con un seguro de accidentes que cubre los gastos sanitarios hasta los 1609,80€.

AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA DE LOS NIÑOS EN LOS CAMPUS DEPORTIVOS DE VERANO

D/Dña. con D.N.I
..... en calidad de madre, padre o tutor/a, autoriza a las personas que se
detallan abajo para recoger a su hijo/a que participa
en los Campus o Colonias Deportivos de la Concejalía de Deportes:

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL NIÑO/A

NOMBRE	APELLIDOS	D.N.I.	TELÉFONO / MÓVIL

SOLICITO QUE, EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE, MI HIJO/A ESTÉ EN EL MISMO GRUPO QUE:

NOMBRE	APELLIDOS	AÑO DE NACIMIENTO

**Sólo se admitirán las solicitudes aquí descritas y en las que los niños/as sean del mismo
año de nacimiento.**

Los datos personales recogidos serán tratados por el Ayuntamiento de Boadilla del Monte, responsable del tratamiento, para la gestión de su solicitud participar en alguna de las actividades deportivas municipales del Ayuntamiento. La base legal para el tratamiento de sus datos es el consentimiento que presta al realizar la presente solicitud. Sus datos no serán comunicados salvo por imperativo legal y/o para prestar el servicio y se conservarán durante el tiempo que dure su participación en la citada actividad deportiva, así como durante el plazo que pueda surgir una reclamación. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad, oposición y retirada del consentimiento a través del correo electrónico privacidad@aytoboadilla.com, así como remitiendo una comunicación a la C/ Juan Carlos I, nº 42, Boadilla del Monte, 28660 Madrid, España. Asimismo, podrá presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) y/o dirigirse al Delegado de Protección de Datos (DPD) a través del correo electrónico dpd@aytoboadilla.com.

Deseo recibir comunicaciones sobre los eventos y actividades relacionadas con las Actividades deportivas municipales del Ayuntamiento de Boadilla del Monte.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR (indicando DNI):