



FICHA DE INSCRIPCIÓN CAMPOTEEN 2020

(rellenar con mayúsculas)

FOTO

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos del/la campista:

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ DNI: N° S. Social:

Nivel de catequesis: Teen 1 ☐ Teen 2 ☐ Teen 3 ☐ Teen 4 ☐ Talla de camiseta:

DATOS PADRES/TUTORES

Nombre y apellidos madre:

Número móvil: email:

Nombre y apellidos padre:

Número móvil: email:

La Parroquia Santísima Trinidad, con dirección social en Calle Martínez Villergas 8, 28027 de Madrid y datos de contacto (teléfono) 91 404 73 91 (correo electrónico) parroquiastm@archimadrid.es, tratará los datos solicitados en este formulario para la inscripción del interesado en CampoTeen Satri 2020.

Todos los datos solicitados son necesarios y se conservarán durante el tiempo necesario para la gestión del evento. No se cederán a terceras partes, excepto en los casos necesarios para la coordinación de actividades pastorales con otras parroquias o entidades de la Iglesia Católica.

También podrá utilizarse el número de teléfono para llamadas y/o mensajes y/o grupos o listas de difusión de whatsapp eventuales que tengan que ver con el buen desarrollo y comunicación de la actividad parroquial a la que se suscribe a su hijo/a.

Pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, limitación, portabilidad u oposición dirigiéndose por escrito a la Parroquia a la dirección indicada, adjuntando fotocopia de su DNI o documento identificativo equivalente.

Los interesados pueden presentar una reclamación ante la autoridad de control (Agencia Española de Protección de Datos). Pueden contactar con el delegado de protección de datos de la Archidiócesis de Madrid dirigiéndose a él por correo ordinario (Arzobispado de Madrid, calle Bailén nº8, 28013 Madrid) o por correo electrónico (dpd@archimadrid.es).

PARTICIPACIÓN EN CAMPOTEEN

Autorizo a mi hijo/a a participar en el CampoTeen Satri 2020 organizado por la Parroquia Santísima Trinidad de Madrid, del 23 de julio al 1 de agosto de 2020 en el centro diocesano El Atazar (Madrid), reconociendo expresamente que he sido informado de toda la normativa aplicable al tratamiento de los datos de carácter personal en relación a esta actividad.

TRATAMIENTO DE IMAGEN

De acuerdo con lo que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos y los de su hijo/a, recogidos en el presente formulario, serán incorporados a un fichero bajo la responsabilidad de la PARROQUIA SANTÍSIMA TRINIDAD DE MADRID, con la finalidad de atender los compromisos derivados de la relación que mantenemos con usted y su tutelado, con la finalidad de poder impartir y gestionar la actividad a la que ha inscrito a su hijo/a, así como para poder remitirle aquellas circulares informativas relacionadas con la misma. Puede ejercer sus derechos, y de su tutelado, de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante un escrito a nuestra dirección: CALLE MARTÍNEZ VILLERGAS, 8; 28027 MADRID. Mientras no nos comunique lo contrario, entenderemos que sus datos y los de su hijo/a no han sido modificados, que se compromete a notificarnos cualquier variación y que tenemos su consentimiento para utilizarlos de acuerdo a las finalidades ya indicadas con anterioridad. También solicitamos su consentimiento para tratar aquellos datos de su hijo/a relacionadas con su salud, para poder atenderle si fuera preciso y en todo caso, tener referencia de aquellos medicamentos que pueden ser administrados y conocimiento de alergias alimentarias.

Así mismo, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, y también en los términos establecidos en el artículo 4 número 3 de la Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor, le informamos que en el transcurso de las actividades del Campamento, la PARROQUIA SANTÍSIMA TRINIDAD DE MADRID puede captar imágenes fotográficas o audiovisuales del menor, por este motivo solicitamos su consentimiento para su posesión, archivo, uso, difusión y reproducción gratuita de las mismas en la propia Parroquia o en la Archidiócesis, ya sea en formato impreso o en formato digital, con la finalidad de dar a conocer y promocionar las diversas actividades que se realizan.

Autorizo el tratamiento de imágenes de mi hijo/a ☐ No autorizo el tratamiento de imágenes de mi hijo/a ☐

En resumen, por la presente autorizo a la PARROQUIA SANTÍSIMA TRINIDAD DE MADRID, a utilizar los datos personales e imágenes derivados de este campo de trabajo para el buen desarrollo del mismo, y me doy por enterado/a de los derechos que la normativa me confiere.

Y, para que así conste y en prueba de conformidad con todo lo indicado, firmo:

En Madrid, a ____ de ____ de ____

Nombre:

Firma:

Nombre:

Firma:

FICHA MÉDICA

Grupo sanguíneo: ☐ RH ☐ ¿Sabe nadar? SI ☐ NO ☐ ¿Tiene todas las vacunas? SI ☐ NO ☐

Contestar las siguientes cuestiones solo en caso afirmativo:

Alergias:

(adjuntar informe médico)

Enfermedad crónica:

Enfermedades recientes:

Lesión reciente: (zona y tipo de lesión)

Alteraciones psicológicas: (fobias, ansiedad, miedos nocturnos...)

Tendencia a ciertas dolencias: (catarros, estreñimiento, cefaleas...)

Uso de lentillas, prótesis auditivas, prótesis dentales o elementos ortopédicos que requieran cuidado especial:

(especificar elemento y cuidados)

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Medicamento para tomar en caso de dolor leve durante la estancia en CampoTeen:

Medicamento: Dosis Frecuencia

Medicamentos para tomar en caso de tratamiento médico durante la estancia en CampoTeen:

Medicamento: Dosis Frecuencia

Medicamento: Dosis Frecuencia

Medicamento para tomar en caso de reacción alérgica durante la estancia en CampoTeen:

Medicamento: Dosis Frecuencia

Medicamento: Dosis Frecuencia

Anotar a continuación cualquier dato de interés que no se ha especificado anteriormente:

Los datos médicos podrán ser cedidos en caso de necesidad al Sistema Nacional de Salud. Se le informa que se conservarán en la Parroquia, exclusivamente, mientras dure la actividad autorizada.

Los abajo firmantes:

Nombre y apellidos: DNI

Nombre y apellidos: DNI

Autorizan:

Autorizo el tratamiento de los datos solicitados en la presente ficha médica con el fin determinado ☐

Autorizo la administración de las medicinas anteriormente indicadas a mi hijo/a ☐

Y, para que así conste y en prueba de conformidad con todo lo indicado, firmo:

En Madrid, a _____ de _____ de _____

Nombre:

Firma:

Nombre:

Firma: