

**FICHA DE INSCRIPCIÓN CAMPAMENTO SATRI 2025***(rellenar con mayúsculas)***DATOS PERSONALES**

Nombre y apellidos del/la campista: Talla camiseta:

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / _____ DNI: N° S. Social:

Nivel de catequesis: ICN1 ICN2 ICN3 J1 J2 J3 J4 Otra parroquia:

DATOS PADRES/TUTORES

Nombre y apellidos madre:

Número móvil: email:

Nombre y apellidos padre:

Número móvil: email:

PARTICIPACIÓN EN CAMPAMENTO SATRI

Por favor, marque con una cruz SI AUTORIZA a su hijo/a a participar en el Campamento Satri XLIX organizado por la Parroquia Santísima Trinidad de Madrid, del 29 de junio al 13 de julio de 2025 en Hoyo del Espino (Sierra de Gredos, Ávila), reconociendo expresamente que ha sido informado de toda la normativa aplicable al tratamiento de los datos de carácter personal en relación a esta actividad.

El padre/tutor La madre/tutora

AUTORIZACIÓN PARA LA INCLUSIÓN DE LOS PADRES/MADRES/TUTOR EN GRUPO DE WHATSAPP DE LA ACTIVIDAD CAMPAMENTO SATRI XLIX

Por favor, marque con una cruz SI AUTORIZA a la Parroquia el uso de su número de teléfono para su inclusión en Grupos de Whatsapp destinados a la comunicación y buen desarrollo de la actividad Campamento Satri XLVIII.

El padre/tutor La madre/tutora

AUTORIZACIÓN PARA LA INCLUSIÓN DEL MENOR EN EL GRUPO DE WHATSAPP DE LA ACTIVIDAD CAMPAMENTO SATRI XLIX (EN EL CASO DE QUE EL MENOR DISPONGA DE WHATSAPP).

Por favor, marquen con una cruz SI AUTORIZAN a la Parroquia el uso de su número de teléfono para la inclusión del menor en Grupos de Whatsapp destinados a la comunicación y buen desarrollo de la actividad Campamento Satri XLIX.

El padre/tutor La madre/tutora

AUTORIZACIÓN PARA EL ENVÍO DE INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDADES

Por favor, marquen con una cruz SI AUTORIZAN a la Parroquia y a la Archidiócesis de Madrid al uso de sus direcciones postales y de correo electrónico para la remisión de información promocional de sus actividades y de la Iglesia Católica.

El padre/tutor La madre/tutora

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE IMÁGENES O VÍDEOS DEL MENOR

Por favor, marquen con una cruz SI AUTORIZAN a la Parroquia y a la Archidiócesis de Madrid a la reproducción y publicación de la imagen de su hijo/a o tutelado/a, obtenida en vídeo o fotografía en las actividades del Campamento Satri XLIX que organice la Parroquia y en las que participe. Esta publicación podrá hacerse por cualquier procedimiento, medio o soporte, para fines de promoción y pastorales propios de la Parroquia y la Archidiócesis, incluyendo cualquier formato de publicación, ya sea tradicional (ej., folletos, revistas), redes sociales, páginas web, vídeos y demás materiales promocionales y de difusión de la misma Parroquia o de las actividades de la Iglesia Católica en general. Dicha publicación es sin ánimo de lucro, y renuncian a solicitar remuneración alguna.

El padre/tutor La madre/tutora

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

En Madrid, a _____ de _____ de _____

Nombre:

Nombre:

Firma:

Firma:

FICHA MÉDICA

Peso (en kg): ¿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 QUE DEBE TOMAR DURANTE SU ESTANCIA EN EL CAMPAMENTO

Medicamento: Dosis Frecuencia

(Indicar la dosis exacta de los medicamentos)

Anotar a continuación cualquier dato de interés sobre la administración de los medicamentos:

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 citadas a mi hijo/a: _____

Autorizo la administración de paracetamol y/o ibuprofeno a mi hijo/a en caso de fiebre o dolor (indicar dosis): _____

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

En Madrid, a _____ de _____ de _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Firma:

Firma: