



FOTO

FICHA DE INSCRIPCIÓN CAMPOTEEN 2025

(rellenar con mayúsculas)

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:

PARTICIPACIÓN EN CAMPO TEEN

Por favor, marque con una cruz SI AUTORIZA a su hijo/a a participar en CampoTeen 2025 organizado por la Parroquia Santísima Trinidad de Madrid, del 16 de julio al 25 de julio de 2025 en el colegio salesiano María Inmaculada de Puebla de la Calzada (Badajoz), 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 CAMPO TEEN 2025

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 Campo Teen 2025.

El padre/tutor La madre/tutora

AUTORIZACIÓN PARA LA INCLUSIÓN DEL MENOR EN EL GRUPO DE WHATSAPP DE LA ACTIVIDAD CAMPO TEEN 2025 (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 Campo Teen 2025.

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 de Campo Teen 2025 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, firma:

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: