

**DATOS PARTICIPANTE GRUPO:**

Nombre: _____

Apellidos: _____

Sexo: Niña, niño, no binario: _____

Fecha de nacimiento: _____

Domicilio (calle, N^o, piso, letra,...): _____

Localidad: _____ Código Postal: _____

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE (PADRE/MADRE/TUTOR/TUTORA)

1.- Nombre y apellidos: _____

D.N.I.: _____

Relación con participante (padre/madre/tutor/tutora): _____

Domicilio ,calle, N^o, piso, letra:____: _____

Localidad: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____

Tfno. móvil: _____ Tfno. casa: _____ Tfno. trabajo: _____

2.- Nombre y apellidos: _____

D.N.I.: _____

Relación con participante (padre/madre/tutor/tutora): _____

Domicilio ,calle, N^o, piso, letra: _____

Localidad: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____

Tfno. móvil: _____ Tfno. casa: _____ Tfno. trabajo: _____

FICHA MÉDICA

A continuación realizaremos un cuestionario sobre la salud y circunstancias de la criatura. Cualquier trato especial en cuanto a medicamentos, dietas, alergias,... debe quedar reflejado en este apartado. Todos los datos solicitados se consideran necesarios para poder atender adecuadamente a las personas participantes. Los datos de salud se tratan sobre la base del interés vital de las personas menores y serán tratados únicamente para ese fin.

1.- ALIMENTACIÓN.-

¿La persona participante tiene algún problema relacionado con la alimentación?

..... Sí No

En caso afirmativo, especificar en qué consiste y los alimentos contraindicados _____

2.- ALERGIAS.-¿La persona participante tiene algún tipo de alergia? (no contemplada en el punto anterior)..... Sí No

En caso afirmativo, especificar el tipo de alergia y cómo actuar en caso de que se manifieste _____

3.- CONDUCTA.-

¿La persona participante presenta algún problema relacionado con el comportamiento, la sociabilidad o cualquier otro problema de carácter psicológico o de conducta?.....

 Sí No

En caso afirmativo, especificar en qué consiste y cómo se debe actuar _____

4.- ENFERMEDADES.-

¿La persona participante tiene alguna otra enfermedad no contemplada en los puntos anteriores?..... Sí No
En caso afirmativo, especificar cuál es y en qué consiste

5.- MEDICAMENTOS.-

¿La persona participante debe tomar alguna medicación durante la actividad?
..... Sí No
En caso afirmativo, especificar medicamento, forma de ingesta, si precisa almacenamiento en frío, dosis, periodicidad, etc.

6.- OTROS DATOS DE INTERÉS.-

¿La persona participante sabe nadar? Sí No
¿La persona participante se halla al día con el calendario de vacunación?..... Sí No
¿La persona participante ha estado antes en algún otro campamento?
..... Sí No
¿La persona participante tiene incontinencia urinaria (diurna o nocturna)?
..... Sí No
¿La persona participante es sonámbuloa? Sí No
¿La persona participante es excesivamente miedosa?
..... Sí No

7.- Observaciones, sugerencias u otros datos de interés que creáis que debemos conocer (en caso

necesario, pueden adjuntarse hojas aparte donde se complemente o amplíe esta información):

AUTORIZACIONES

Asistencia y participación.- Autorizo a mi hijo o hija o tutelada, tutelado a asistir al campamento urbano 2021, así como a participar en las diferentes actividades preparadas.

Permiso y tratamiento de imágenes.- Podrán realizarse fotografías y filmaciones exclusivamente relacionadas con las actividades organizadas en el Campamento Urbano 2021, y utilizarse para ilustrar memorias, divulgación y/o difusión de futuras actividades en folletos, Web y redes sociales.

autorizo la realización y publicación de imágenes No autorizo la realización y publicación de imágenes

Otros.- Quien firma esta autorización es la persona responsable de recoger al participante o a la participante a la salida de las sesiones. En caso de que vaya a acudir otra persona a recogerle, rogamos nos lo haga saber con antelación.

Con la firma de esta ficha me responsabilizo de lo manifestado y me comprometo a notificar al personal de campamentos urbanos cualquier cambio en los datos arriba facilitados. Asimismo libero a la organización de toda responsabilidad por pérdidas, robos o daños que pudieran causarse en el material que mi hija, hijo, tutelada o tutelado lleve a la actividad.

El consentimiento para la realización de fotografías debe prestarse de mutuo acuerdo. En caso de separación, salvo privación o suspensión de la patria potestad para una de las partes, la persona firmante reconoce que cuenta con el consentimiento de la otra para la obtención de las imágenes con los fines indicados.

Firma: _____

Responsable del tratamiento: Ayuntamiento de Berriozar. Finalidad: gestión de la actividad. **Derechos:** Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. **Información adicional:** La información adicional y detallada sobre los tratamientos de datos y Delegada de Protección de Datos está disponible en el apartado de Política de Privacidad de la Web municipal www.berriozar.es dpd@berriozar.es.