



## GRUPO JOVEN

Fecha actual: .....

Fecha actividad: .....

### DATOS DEL PARTICIPANTE

NOMBRE Y APELLIDOS .....

FECHA DE NACIMIENTO ..... EDAD ..... Nº SOCIO .....

DOMICILIO .....

CIUDAD ..... PROVINCIA ..... C. POSTAL .....

¿CÓMO NOS CONOCISTE? .....

### DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR

NOMBRE PROGENITOR 1 ..... DNI .....

TELÉFONO ..... EMAIL .....

NOMBRE PROGENITOR 2 ..... DNI .....

TELÉFONO ..... EMAIL .....

EN CASO DE SOLTERÍA, SEPARACIÓN, DIVORCIO ¿CON QUIÉN PODEMOS COMUNICARNOS EN CASO DE NECESIDAD DE LLAMADAS? .....

### AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi hijo/a para que participe en la actividad "Grupo Joven" organizada por el Club Encinas de Boadilla. Así mismo, en caso de accidente o enfermedad, autorizo al personal responsable de la actividad a que actúen como mejor proceda, así como a trasladar a mi hijo/a a un centro médico según las recomendaciones del personal sanitario.

Autorizo a la organización del Club las Encinas de Boadilla a utilizar todo el material fotográfico, audiovisual o de cualquier otra tipología, donde participen los inscritos en las actividades del Club para promoción del mismo. Se informa a los interesados que los datos de carácter personal facilitados serán incluidos en ficheros. Así mismo, se le informa de la facultad de ejercer los derechos dirigiéndose a [rgpd@clublasencinas.com](mailto:rgpd@clublasencinas.com).

SI                      NO    AUTORIZO el tratamiento de las imágenes.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

En Boadilla del Monte, a ..... de ..... de 202.....

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos de carácter personal serán incluidos en ficheros, de carácter manual e informatizado, del sistema de tratamiento de CLUB LAS ENCINAS DE BOADILLA con CIF G28326361 y domicilio social sito en CTRA DE POZUELO A BOADILLA KM 4,628660, BOADILLA DEL MONTE (MADRID), con la finalidad de gestionar las distintas actividades programadas. En cumplimiento con la normativa vigente, CLUB LAS ENCINAS DE BOADILLA informa que los datos serán conservados durante EL PLAZO LEGALMENTE ESTABLECIDO. A su vez, le informamos que puede contactar con el Delegado de Protección de Datos de CLUB LAS ENCINAS DE BOADILLA, dirigiéndose por escrito a la dirección de correo RGPD@CLUBLASENCINAS.COM o al teléfono 916331100.

CLUB LAS ENCINAS DE BOADILLA informa que procederá a tratar los datos de manera lícita, leal, transparente, adecuada, pertinente, limitada, exacta y actualizada. Es por ello que CLUB LAS ENCINAS DE BOADILLA se compromete a adoptar todas las medidas razonables para que estos se supriman o rectifiquen sin dilación cuando sean inexactos. De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa vigente en protección de datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal, así como del consentimiento prestado para el tratamiento de los mismos, dirigiendo su petición a la dirección postal indicada más arriba o al correo electrónico RGPD@CLUBLASENCINAS.COM. Podrá dirigirse a la Autoridad de Control competente para presentar la reclamación que considere oportuna.



## FICHA MÉDICA

La siguiente ficha no es necesaria que la rellene facultativo alguno, sólo queremos contar con la información suficiente por si fuese necesario. **En caso de tener alergias se necesitará informe médico.**

NOMBRE Y APELLIDOS .....

Nº SEGURIDAD SOCIAL: ..... OTROS SEGUROS ..... (ENTREGAR FOTOCOPIAS)

### ALERGIAS

**ALIMENTICIA** ..... **REACCIÓN** ..... **LEVE** ..... **GRAVE** .....

**MEDICACIÓN** .....

**MEDICAMENTOS** ..... **REACCIÓN** ..... **LEVE** ..... **GRAVE** .....

**MEDICACIÓN** .....

**ANIMALES** ..... **REACCIÓN** ..... **LEVE** ..... **GRAVE** .....

**MEDICACIÓN** .....

**PLANTAS** ..... **REACCIÓN** ..... **LEVE** ..... **GRAVE** .....

**MEDICACIÓN** .....

### ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

Enfermedades actuales (como asma, epilepsia, TDAH, TCA...), especificar con claridad cuál de ellas

.....

Si toma alguna medicación, indique cual ....., dosis .....  
(ADJUNTAR PRESCRIPCIÓN MÉDICA)

**¿TIENE PUESTA LA VACUNA DEL TÉTANOS?** SI NO (solo si se conoce con total seguridad)

En caso de malestar leve (dolor de cabeza, fiebre ligera...), ¿qué medicación suele tomar?

Ibuprofeno pastillas Paracetamol pastillas Dalsy

Otros ..... Dosis .....

**¿SABE NADAR?** SI NO REGULAR

### DIETAS ESPECIALES, INTOLERANCIAS O ALIMENTOS QUE NO DEBE TOMAR (\*)

.....

(\*) Implantamos en todos nuestros campamentos, una filosofía tanto lúdico-recreativa como educativa, por lo que cada participante, deberá diariamente comer una ración mínima de cada plato, por motivos de seguridad y de la propia dinámica del campamento.

### OBSERVACIONES, NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES O DISCAPACIDADES

Datos importantes que nos ayuden a mejorar la atención a su hijo/a: talentos, malas experiencias, timidez...

.....

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR