

Descuento EMPADRONADOS EN VALLADOLID,
PARA EL MISMO PROGRAMA (MENOR IMPORTE)
OTROS MIEMBROS DE LA MISMA UNIDAD FAMILIAR
25% 50%

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN (CUMPLIMENTAR UN BOLETIN POR CADA ACTIVIDAD)

PROGRAMA **CAMPUS DEPORTIVO** _____ Turno _____ Fecha _____

PROGRAMA **CAMPAMENTO URBANO** _____ Turno _____ Fecha _____

PROGRAMA **CAMPAMENTO DE VERANO** _____ Turno _____ Fecha _____

PROGRAMA **CURSO DEPORTIVO** _____ Turno _____ Fecha _____

DATOS DEL PARTICIPANTE

DATOS PERSONALES:

Nombre y apellidos: _____ DNI: _____

Fecha nacimiento: _____ Edad: _____ Teléfonos: _____ / _____

E-mail: _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ C.P.: _____

Provincia: _____ Centro escolar: _____

Asistencia sanitaria (Seguridad Social, MUFACE, Sanitas,...) INDICAR NÚMERO: _____

¿Sufre o ha sufrido recientemente alguna enfermedad infecto-contagiosa? _____ ¿Cuál? _____

¿Es alérgico a algún medicamento? _____ ¿A cuáles? _____

¿Padece alguna otra alergia? _____ ¿A qué? _____

¿Cómo le afecta? _____

¿Con qué tratamiento remite? _____ ¿Padece asma? _____

¿Sufre alguna discapacidad o enfermedad crónica? _____ ¿Cuál y en que grado? _____

¿Sigue algún tratamiento médico? _____ ¿De qué tipo? _____

¿Precisa dieta alimenticia especial? _____ ¿Cuál? _____

¿Es propenso a mareos, jaquecas, convulsiones, etc.? _____ ¿A cuáles y por qué? _____

En caso de dolencia que no precise una atención médica (dolor de cabeza, menstrual...) ¿qué medicamento suele administrársele y en que dosis? _____

¿Enuresis diurna? _____ ¿nocturna? _____ ¿Sufre pesadillas, fobias, sonambulismo? _____

¿SABE NADAR? _____ ¿Es el primer campamento? _____ ¿A cuántos ha asistido? _____

En el caso de padecer alguna enfermedad, alergia, o dieta alimenticia, es imprescindible la presentación de los informes médicos que lo acrediten, copia y original, con anterioridad suficiente a la fecha de la actividad.

OBSERVACIONES: Se debe informar de cualquier particularidad o circunstancia que pudiera influir en el normal desarrollo de la actividad, incluyendo en este aspecto, si tiene problemas de relación, comportamiento o alimentación.

AUTORIZACIÓN

D. /Dña. (padre, madre o tutor/a): _____

con D.N.I. nº: _____ autorizo a mi hijo/a: _____

a asistir al campamento, campus, o curso arriba indicado.

Autorizo a que se le presten todas las atenciones médicas que se requieran en caso de urgencia si no pudiesen ponerse en contacto telefónicamente, así como tomar decisiones de **urgencia si el servicio médico así lo solicitase.**

Autorizo en caso de dolencia que no precise una atención médica, a administrarle el medicamento y la dosis indicados más arriba.

CONTINÚA RELLENANDO LA INSCRIPCIÓN EN LA PÁGINA SIGUIENTE...

**ES REQUISITO IMPRESCINDIBLE MARCAR TODAS LAS CASILLAS.
NO SE ADMITIRÁ LA INSCRIPCIÓN SIN ESTE REQUISITO.**

El representante legal **DECLARA** que son ciertos cuantos datos anteceden siendo consciente de que la ocultación o falsedad de los mismos podrá ser motivo de anulación de la inscripción en el programa solicitado y **AUTORIZA** a la Fundación Municipal de Deportes del Ayuntamiento de Valladolid a verificarlos con los que obran en poder de la Administración Municipal; si ésta no dispone de ellos, se podrá solicitar del interesado la aportación de documento acreditativo de la fecha de nacimiento.

Así mismo, **AUTORIZA** la captación por parte de los empleados propios o contratados por la Fundación Municipal de Deportes de la imagen del participante y su reproducción en cualquier soporte (fotográfico, audiovisual, informático, etc.) siempre que este uso esté relacionado con la promoción de los valores propios de las actividades de la FMD y bajo la premisa de respeto a la dignidad del participante (*).

El representante legal **PRESTA SU CONSENTIMIENTO EXPRESO AL TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL** contenidos en el presente formulario, que serán objeto de tratamiento automatizado e incorporados a los ficheros de la Fundación Municipal de Deportes del Ayuntamiento de Valladolid, que será la responsable del tratamiento. La finalidad del tratamiento será, exclusivamente, la gestión municipal, pudiendo el representante legal del participante ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, limitación y oposición dirigiéndose por escrito a la Fundación Municipal de Deportes del Ayuntamiento de Valladolid, con domicilio en C/ Joaquín Velasco Martín, 9, 47014 de Valladolid o mediante correo electrónico a rhumanosfmd@ava.es; en ambos casos, será necesario especificar una dirección a efectos de notificaciones, la fecha, la firma y acompañar fotocopia del DNI. No se realizará ninguna cesión de los datos personales facilitados, salvo los casos en los que así sea exigido por el Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo del 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y en la demás legislación vigente.

Solicito que la persona cuyos datos figuran en el encabezamiento (el interesado) participe en las actividades de la FMD, para lo cual he leído con detalle la información proporcionada por la propia organización y acepto las condiciones de participación, expreso mi compromiso con las Medidas personales de higiene y prevención obligatorias y asumo toda la responsabilidad frente a la posibilidad de contagio por COVID-19, para lo cual declaro bajo mi responsabilidad:

Declaración responsable de no formar parte de grupos de riesgo ni convivir con grupo de riesgo.

Declaro que el interesado cumple los requisitos de admisión establecidos en el Documento de aceptación de condiciones de participación, obligación de información y consentimiento informado, no siendo grupo de riesgo

Que el interesado no convive con nadie que sea grupo de riesgo, o que, en el caso de que así sea, participa en la actividad bajo su propia responsabilidad. Me comprometo a notificar diariamente el estado de salud y, en su caso, la causa de ausencia del interesado (a través de móvil u otro medio). Acepto el Documento de Medidas personales de higiene y prevención obligatorias frente al COVID-19. He leído y acepto los compromisos contenidos en el Documento de Medidas personales de higiene y prevención obligatorias.

Declaración de haber leído y aceptado los documentos proporcionados por la organización sobre la adaptación de la actividad al COVID-19.

Declaro que he recibido y leído el Protocolo de adecuación de la actividad al COVID-19 de la entidad responsable de la actividad y que por tanto tengo conocimiento pleno y estoy de acuerdo con las medidas y procedimientos que propone. Declaro que he recibido y leído el Protocolo de actuación en casos de emergencia o riesgo de contagio de la entidad responsable de la actividad

Consentimiento informado sobre COVID-19.

Declaro que, tras haber recibido y leído atentamente la información contenida en los documentos anteriores, soy consciente de los riesgos que implica, para él mismo y para las personas que conviven con él, la participación del interesado en la actividad en el contexto de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19, que asumo bajo mi propia responsabilidad.

La FMD se reserva la posibilidad de modificar la programación de Tiempo de Verano 2024 en función de la evolución de la situación epidemiológica, y siguiendo en todo momento las instrucciones de las autoridades sanitarias, en este supuesto no procederá indemnización alguna.

En Valladolid a _____ de _____ de 2024

(Firma)

(*) Podrá solicitar la no captación de imágenes a través de un escrito. Deberá tenerse en cuenta que el participante puede quedar excluido de alguna actividad grupal que conlleve imágenes.