



## ESCUELA TEMÁTICA DEPORTIVA PARA ADOLESCENTES FICHA DE DATOS PERSONALES 2018

### DATOS DEL NIÑO

Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ ¿Sabe nadar? \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Población \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE LEGAL

Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Número D.N.I. \_\_\_\_\_  
Centro de Trabajo \_\_\_\_\_  
Teléfonos: Particular/Móvil \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono para urgencias \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Datos de la persona que va a recoger al menor \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

### DATOS MÉDICOS DEL NIÑO/A

¿Usará medicación durante la Escuela: \_\_\_\_ En caso afirmativo, especifique medicación y posología: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún tipo de alergia? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
Tipo de Seguro al que pertenece (Seguridad Social, Asisa, Muface...) \_\_\_\_\_

### ¿VA A UTILIZAR SERVICIO DE COMEDOR?

Especifique frecuencia de dicho uso (diario, un día a la semana, etc.): \_\_\_\_\_  
Enfermedades o alergias alimenticias a tener en cuenta \_\_\_\_\_

### OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

Autorizo a mi hijo/a para que participe en las actividades de la Escuela Temática de \_\_\_\_\_ de en:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Del 2 al 6 de julio de 2018   | <input type="checkbox"/> Del 9 al 13 de julio de 2018  |
| <input type="checkbox"/> Del 16 al 20 de julio de 2018 | <input type="checkbox"/> Del 23 al 31 de julio de 2018 |

Autorizo a que se tome fotografías y videos a mi hijo/a para un uso exclusivo de la actividad.

Autorizo a que se tomen fotografías	
Autorizo a que se grabe en vídeo	

Autorizo a que, en caso de urgencia por accidente, la organización traslade a mi hijo/a al centro de asistencia más próximo.

**PEGAR O GRAPAR COPIA DE LA  
TARJETA SANITARIA**

Madrid, de \_\_\_\_\_ de 2018

Firma del padre/madre o tutor

## Consentimiento explícito (INSCRIPCIÓN ACTIVIDADES DE MENORES)

JC MADRID DEPORTE Y CULTURA S.L es el responsable del tratamiento de sus datos personales y le informa que serán tratados de conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), siendo la finalidad del tratamiento la realización de actividades de ocio y formación Sus datos se conservarán mientras haya un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y no se comunicarán a terceros sin su consentimiento.

Derechos que le asisten: Derecho a retirar este consentimiento en cualquier momento. Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de los datos y de limitación u oposición al tratamiento. Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Podrá ejercer los derechos a CALLE OCAÑA , 14 28047 MADRID (MADRID).

### Si No Autorizo los siguientes tratamientos:

Participar de las actividades del Responsable.

En caso de necesidad, llevarlo al médico acompañado por educadores / as del responsable.

Recibir información sobre las actividades del Responsable.

Grabación de imágenes y vídeos de las actividades para ser utilizadas en publicaciones y otros medios de comunicación del Responsable incluidas las redes sociales del mismo.

Yo, ..... como a madre / padre o tutor, con NIF / NIE / Pasaporte ..... con domicilio a .....  
núm ..... , CP ....., Población ....., consiento el  
tratamiento de los datos en los términos expuestos.

MADRID, en fecha .....

Firma: .....