

## AUTORIZACIÓN CAMPAÑA DE VERANO 2019

Entregar este documento junto con la inscripción a la actividad. LA AUTORIZACIÓN NO ES UNA INSCRIPCIÓN.

<b>NOMBRE DEL PARTICIPANTE:</b>			
<b>APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:</b>			
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>		<b>EDAD ACTUAL:</b>	
<b>COLONIA A LA QUE ESTÁ APUNTADO:</b>			
<input type="checkbox"/> Junio (del 24 al 28 de Junio)	<input type="checkbox"/> Agosto (del 5 al 30 de agosto)		
<input type="checkbox"/> Julio (del 1 de julio al 2 de agosto)	<input type="checkbox"/> Septiembre (del 2 al 6 de septiembre)		
<b>Marca la opción correcta</b>			
¿Tiene contratado Primeros del Cole?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Sabe nadar? _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Come en la colonia?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

### AUTORIZO

Que el menor acuda a la colonia sin acompañante	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Que el menor salga sin acompañante una vez finalizado el horario de colonias	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Fotografiar, grabar o tomar declaraciones al menor con fines divulgativos o informativos municipales relacionados con la actividad	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Trasladar al menor en un vehículo utilitario al Centro de Salud más cercano si fuera necesario	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso de que el menor tenga alguna alergia, intolerancia o diversidad alimenticia hacerla aportar informe médico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

### PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER AL NIÑO/A ADEMÁS DE LA PERSONA QUE FIRMA:

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	TELÉFONO CONTACTO

**POR FAVOR NO OLVIDES RELLENAR LA PARTE DE ATRÁS**

## INFORMACIÓN SALUD

Alergias, intolerancia alimentaria o dietas especiales Indicar <b>grado de alergia y tratamiento</b> (*)	¿Tiene cualquier otro tipo de alergia? (*)
¿Tiene necesidades educativas especiales? (discapacidad, trastornos del comportamiento, dificultades lenguaje) Indicar (*)	¿Padece alguna enfermedad o lesión? Indicar (*)
¿Tiene alguna enfermedad crónica? Indicar (*)	Cualquier otro aspecto que considere necesario señalar. (*)

(\*) Adjuntar **DOCUMENTACIÓN O INFORMES MÉDICOS.**

## SÍ DECLARO

Que mi hijo/a **NO PADECE** en el momento actual enfermedad infectocontagiosa (tipo varicela, molusco contagioso, papiloma/verruca plantar, hongos/micosis cutáneas, pie de atleta, conjuntivitis vírica o bacteriana, etc.) ni ninguna otra que precise atención especial. En caso de padecer alguna de estas patologías es obligatorio aportar informe médico que haga constar que está en seguimiento y/o tratamiento de la misma. Si durante el período de colonias aparece alguna de estas patologías, igualmente sería obligatorio adjuntar informe médico.

Para recibir información sobre las actividades, reuniones de la Campaña de Verano 2019:

Apúntanos tu **CORREO ELECTRÓNICO EN MAYÚSCULAS:**

## PERSONA QUE FIRMA LA AUTORIZACIÓN:

D/Dña.: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

acepto las normas y el proceso de inscripción así como autorizo a mi hijo/a \_\_\_\_\_

realizadas dentro y fuera de la Colonia organizada por la Concejalía de Educación del Ayuntamiento de Arganda del Rey.

Los teléfonos de contacto durante la actividad serán: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**FIRMA Y DNI. DEL PADRE/MADRE O TUTOR/A LEGAL:**

Fecha:

**(OBLIGATORIA PARA VALIDAR LA AUTORIZACIÓN)**

## PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable del tratamiento: Ayuntamiento de Arganda del Rey | Finalidad: Tramitar y gestionar las solicitudes de inscripción en la actividad la Concejalía de Educación, así como la gestión de la participación en las mismas de las personas admitidas. | Legitimación: El tratamiento se basa en el artículo 6.1.e) del RGPD: cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. | Destinatarios: No están previstas comunicaciones a terceros salvo obligación legal. | Derechos: Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como oponerse o limitar el tratamiento, ante Ayuntamiento de Arganda del Rey Plaza de la Constitución 1 - 28500 ARGANDA DEL REY (Madrid) indicando en el asunto: Ref. Protección de Datos, o a través de la Sede Electrónica (sedeelectronica.ayto-arganda.es) | Información adicional: Consultar el Anexo I – Información adicional protección de datos. Los datos serán tratados por la entidad Empresa de Servicios Municipales de Arganda, S.A. (ESMAR) que actuará como encargada del tratamiento por cuenta del Ayuntamiento de Arganda del Rey.