



# Campamento Semana Santa **DE CINE**



**APELLIDOS:** \_\_\_\_\_ **NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**CURSO Y CLASE:** \_\_\_\_\_ **FECHA NACIMIENTO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*\*Marque con una cruz los servicios, los días que desea contratar y los descuentos de los que se podría beneficiar.*

	Actividad 9:00 - 14:00	Desayuno 8:00 - 9:00	Comedor 14:00 -16:00
Programa completo	<input type="checkbox"/> 75€	<input type="checkbox"/> 18€	<input type="checkbox"/> 40€
Días sueltos 8 / 11 / 12 / 13 / 18	<input type="checkbox"/> 17€	<input type="checkbox"/> 4€	<input type="checkbox"/> 9€
10% Descuento 1 hermano/a			<input type="checkbox"/>
20% Descuento 2 o más hermanos/as			<input type="checkbox"/>

*\*Los descuentos se realizarán únicamente en la actividad.*

*\*El número mínimo de participantes para poder llevar a cabo el Campamento es 15.*

**NOMBRE MADRE:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO MADRE:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE PADRE:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO PADRE:** \_\_\_\_\_

**Teléfono 3:** \_\_\_\_\_ **Teléfono 4:** \_\_\_\_\_

**CORREOS ELECTRÓNICOS:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL ACTUAL:** \_\_\_\_\_ En caso de separación o divorcio ¿quién ostenta la custodia? \_\_\_\_\_

## DATOS BANCARIOS

**TITULAR DE LA CUENTA:** \_\_\_\_\_ **DNI DEL TITULAR:** \_\_\_\_\_

**CUENTA BANCARIA PARA DOMICILIACIÓN:** \_\_\_\_\_

## OTRAS PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER AL ALUMNO

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	TELÉFONO	RELACIÓN CON EL ALUMNO

## FICHA MÉDICA

**Alergias (Medicamentos, alimentos, elementos ambientales, tejidos, etc...):**

\_\_\_\_\_

¿Necesita algún tipo de tratamiento médico? SI  NO  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES (Cualquier otro dato que consideres de interés):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ADJUNTAR INFORME:** Si desea señalar algún otro dato de interés, hágalo en un escrito aparte (confidencial).

Los abajo firmantes D<sup>ña</sup> \_\_\_\_\_, con D.N.I \_\_\_\_\_,  
y D. \_\_\_\_\_, con D.N.I \_\_\_\_\_, **AUTORIZAN**  
a su hijo/a o pupilo a asistir a la actividad arriba indicada, que se desarrollará en las instalaciones del Colegio  
Menesiano de Madrid. Se **COMPROMETEN** a aceptar las normas de régimen interno de la actividad, y **CERTIFICAN**  
que su hijo/a o pupilo no padece enfermedad física o psíquica que le incapacite para la convivencia en grupo, o para  
la realización de las actividades del campamento.

Fecha: \_\_\_\_\_

Fdo.: el Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fdo.: la Madre/Tutora \_\_\_\_\_

WINDWARTS TECNOLOGIA Y OCIO, S.L. es el Responsable del tratamiento de los datos personales proporcionados bajo su consentimiento y le informa de que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril (GDPR), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD), con la finalidad de mantener una relación comercial (por interés legítimo del responsable, art. 6.1.f GDPR) y conservarlos durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento o mientras existan prescripciones legales que dictaminen su custodia. No se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal. Asimismo, se le informa de que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y los de limitación y oposición a su tratamiento dirigiéndose a WINDWARTS TECNOLOGIA Y OCIO, S.L. en Avda. Javier Bueno, 1A Portal 11 2º B - 28905 Getafe (Madrid). E-mail: direccion@planesport.com y el de reclamación a www.aepd.es.

Los abajo firmantes D<sup>ña</sup> \_\_\_\_\_, con D.N.I \_\_\_\_\_,  
y D. \_\_\_\_\_, con D.N.I \_\_\_\_\_, **ACTUANDO**  
en nombre propio y como padre/madre/tutor del menor \_\_\_\_\_  
inscrito como participante en el **Campamento de Semana Santa**, organizado por **Planesport del grupo Windwärts tecnología y Ocio S.L** que se desarrollará en **MADRID, los días 8, 11, 12, 13 y 18 Abril de 2022.**

#### DECLARAN

- Que han sido informados, conocen y aceptan los términos íntegros de las Medidas Higiénico-Sanitarias que ha de llevarse a cabo en dicha actividad proporcionado por la propia organización. Asimismo, son conscientes de los posibles riesgos derivados de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19 y los asumen bajo su responsabilidad.
- Que se comprometen a comunicar a la organización cualquier alteración en el estado de salud del participante con carácter previo a su incorporación y en su caso la causa de la ausencia del participante.
- Que su hijo/a no pertenece a ningún grupo de riesgo determinado por las Autoridades Sanitarias.
- Que, conforme al protocolo descrito, en el caso de que el participante fuese diagnosticado como positivo de COVID-19 durante la actividad o en los 5 días siguientes a la terminación se comprometen a comunicar al correo electrónico **leticia@planesport.com** dicha circunstancia, con el fin de que Planesport proceda a realizar las notificaciones oportunas.

Y para que conste, firman en el lugar y fecha arriba indicados

Fdo.: el Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fdo.: la Madre/Tutora \_\_\_\_\_