



# GAME CAMP EXPERIENCE 2020

## “Érase una vez en Cuentópolis”

### Colegio Menesiano



#### DATOS ALUMNO

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

CURSO: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

Marque con una cruz los servicios que desea contratar:

	Actividad* (8:00 a 14:00)
Semana Junio/Julio (29 al 3)	<input type="checkbox"/> 90€
2ª Semana Julio (6 al 10)	<input type="checkbox"/> 90€
3ª Semana Julio (13 al 17)	<input type="checkbox"/> 90€
4ª Semana Julio (20 al 24)	<input type="checkbox"/> 90€
Última Semana Julio (27 al 31)	<input type="checkbox"/> 90€
Semana Agosto/Septiembre (31 al 4)	<input type="checkbox"/> 90€
7 de Septiembre	<input type="checkbox"/> 18€

\*Descuento del 10% por el segundo hermano y del 20% por el tercero y sucesivos en el precio de la actividad.

#### DATOS FAMILIARES

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? \_\_\_\_\_

#### OTRAS PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER AL ALUMNO

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	TELÉFONO	RELACIÓN CON EL ALUMNO

⇒ CONTINÚA AL DORSO

# FICHA MÉDICA

Por favor, rellénela lo más completa posible

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

---

---

---

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

---

---

---

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

---

---

---

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

## IMPRESINDIBLE ADJUNTAR COPIA DE LA TARJETA SANITARIA DEL MENOR

Los abajo firmantes D<sup>a</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 \_\_\_\_\_

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal se informa a los interesados que los datos de carácter personal facilitados serán incluidos en ficheros, de carácter manual e informatizado, de los que es titular Planesport, del grupo Windwärts tecnología y Ocio S.L., y que tienen por finalidad la gestión de las distintas actividades programadas por la empresa. Asimismo, se le informa de la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de acuerdo con lo establecido en los artículos 15 y siguientes de la L.O.P.D. que podrá ejercer dirigiéndose a Avenida Javier Bueno, 1ºA 28905, Getafe (Madrid). Mediante la cumplimentación del presente documento, el firmante otorga su consentimiento para el tratamiento manual e informatizado de sus datos con los fines anteriormente citados así como del uso de los materiales fotográficos en los que aparezcan su hijo/a o pupilo para publicidad de las actividades de la empresa.  
Si no desea recibir información publicitaria sobre nuestros servicios y actividades, por favor marque la casilla con una X

Los abajo firmantes D<sup>a</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 **Game Camp Experience "Érase una vez en Cuentópolis"**. Organizado por **Planesport del grupo Windwärts tecnología y Ocio S.L** que se desarrollará en **MADRID, del 29 de junio de 2020 al 31 de julio de 2020 y del 31 de agosto al 7 de septiembre 2020.**

#### DECLARAN

##### **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.
- Declaro 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 comprobar diariamente el estado de salud de mi hijo/a, tutelado/a y, en su caso, a comunicar la causa de ausencia del interesado (a través de móvil u otro medio).

##### **Aceptación del documento de medidas personales de higiene y prevención obligatorias frente al COVID-19**

- He leído y acepto los compromisos contenidos en el documento de información para familias sobre 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 Plan 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.

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

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