

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	Ampliación 16:00 - 17:00
Programa completo	<input type="checkbox"/> 75€	<input type="checkbox"/> 18€	<input type="checkbox"/> 40€	<input type="checkbox"/> 18€
Días sueltos 8 / 11 / 12 / 13 / 18	<input type="checkbox"/> 17€	<input type="checkbox"/> 4€	<input type="checkbox"/> 9€	<input type="checkbox"/> 4€

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? _____

OTRAS PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER AL ALUMNO

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	TELÉFONO	RELACIÓN CON EL ALUMNO

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 consideres de interés): _____

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

Los abajo firmantes D^a _____, 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
Montpellier 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^a _____, 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 de los determinados 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 de la misma, se comprometen a comunicar al correo electrónico **cristina@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 _____