

4.TIPO DE ACTIVIDAD Y FECHAS:

Régimen contratado

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Comedor (De 9:00 a 16:00) | <input type="checkbox"/> Comedor y Desayuno (De 8:00 a 16:00) |
| <input type="checkbox"/> Desayuno (De 8:00 a 14:00) | <input type="checkbox"/> Sin Comedor (De 9:00 a 14:00) |

Fechas (seleccionar opciones):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Semana 1 del 22 al 26 de junio | <input type="checkbox"/> Semana 7 del 3 al 7 de agosto |
| <input type="checkbox"/> Semana 2 del 29 junio al 3 de julio | <input type="checkbox"/> Semana 8 del 10 al 14 de agosto |
| <input type="checkbox"/> Semana 3 del 6 al 10 de julio | <input type="checkbox"/> Semana 9 del 17 al 21 de agosto |
| <input type="checkbox"/> Semana 4 del 13 al 17 de julio | <input type="checkbox"/> Semana 10 del 24 al 28 de agosto |
| <input type="checkbox"/> Semana 5 del 20 al 24 de julio | |
| <input type="checkbox"/> Semana 6 del 27 julio al 31 de julio | |

5.AUTORIZACIÓN

Por la presente, autorizo a mi hijo/a a asistir a la Excursión del Campamento de Verano 2026.

por el Ayuntamiento de Campo Real.

Marque la casilla: SI NO

Otorgo expresamente a dicha empresa el consentimiento para la obtención y difusión de la imagen de mi hijo/a con fines informativos o publicitarios, pudiendo ser utilizada en la página web, redes sociales, o en cualquier otro soporte con carácter divulgativo. En ningún caso dichas imágenes podrán conllevar el menoscabo del honor o intimidad del participante.

Marque la casilla: SI NO

6.CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS

Ayuntamiento de Campo Rea es el Responsable del tratamiento de los datos personales del Usuario y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento: Fin del tratamiento: Realizar las tareas técnicas derivadas del servicio contratado, así como mantener una relación comercial y el envío de comunicaciones sobre nuestros productos y servicios. Criterios de conservación de los datos: se conservarán mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la destrucción total de los mismos. Comunicación de los datos: No se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal. Derechos que asisten al Usuario: -Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento. - Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición al su 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. Datos de contacto para ejercer sus derechos: Ayuntamiento de Campo Real.

Para finalizar con la solicitud, usted debe aceptar que ha leído y está conforme con la cláusula sobre tratamiento de datos.

Acepto

Importante:

DOCUMENTACIÓN A PORTAR

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> HOJA DE INSCRIPCIÓN RELLENA | <input type="checkbox"/> INFORME DE ALERGIAS |
| <input type="checkbox"/> JUSTIFICANTE DE INGRESO | <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA DNI PADRE/MADRE/TUTOR |
| <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA TARJETA SANITARIA | <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA DNI PERSONAS AUTORIZADAS A LA RECOGIDA |

En Campo Real a _____

Firmado:

FICHA DE INSCRIPCIÓN CAMPAMENTOS URBANOS DE VERANO 2026

Solo se devolverá el dinero por causas justificadas médicas o de fuerza mayor

TOTAL A INGRESAR:

Nº CUENTA: **ES87 3081 0251 2250 0048 0589 (CAJA RURAL)**

FAMILIA NUMEROSA: SEGUNDO HERMANO

1.DATOS DEL PARTICIPANTE

NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO APELLIDOS
EDAD SEXO

2.DATOS TUTORES LEGALES:

NOMBRE APELLIDOS
DNI TELÉFONO
EMAIL
DOMICILIO

NOMBRE APELLIDOS
DNI TELÉFONO
EMAIL
DOMICILIO

PERSONAS AUTORIZADAS A LA RECOGIDA

Nombre y Apellidos:	DNI	Teléfono:
Nombre y Apellidos:	DNI	Teléfono:
Nombre y Apellidos:	DNI	Teléfono:
Nombre y Apellidos:	DNI	Teléfono:

3.DATOS MÉDICOS DEL PARTICIPANTE

Alergias o enfermedades SI NO (En caso afirmativo, por favor, especifique cuál es y adjuntar informe médico)

MEDICACIÓN: SI NO (en caso afirmativo, por favor indique nombre del medicamento y tomas)

Don/Doña _____ con DNI _____ como padre/madre/tutor legal
del menor
AUTORIZO a los monitores y responsables de las
actividades en las que mi hijo/a participa a administrar la medicación que figura arriba en caso de necesitarla.

Firmado:

RESPONSABLES

Susana García (Técnico de Juventud)
Sandra San Andrés (Coordinadora)